que sais-je ?

# LE STRESS

JEAN BENJAMIN STORA

Editions Dahlab

QUE SAIS-JE ?

# *Le stress*

JEAN BENJAMIN STORA
Professeur du Groupe HEC
Psychanalyste-psychosomaticien à l'Hôpital
de l'Institut psychosomatique de Paris

*Deuxième édition corrigée*

*10e mille*

EDITIONS DAHLAB

Pendant près de vingt-trois ans nous avons été témoin, grâce à notre enseignement à HEC et à nos relations avec les entreprises, des souffrances psychiques et physiques causées par le stress aux hommes et femmes d'action, et plus généralement à l'ensemble de la population au travail. Notre formation de psychanalyste, puis de psychosomaticien nous a aidé à comprendre en profondeur le fonctionnement complexe de certains processus; il y a encore beaucoup de chemin à parcourir. Nous avons été aidé depuis près de dix ans maintenant par le Pr Cooper de l'Université de Manchester qui nous a facilité l'accès à de nombreuses sources bibliographiques et que nous remercions ici. Notre travail personnel de recherche n'a pu prendre place qu'à la fin de l'exercice de notre mandat de doyen du corps professoral.

Nous tenons enfin à remercier Mme Jacqueline Podechard du Département Stratégie et Politique d'Entreprise qui a, avec beaucoup de patience, dactylographié le manuscrit de cet ouvrage.

Jouy-en-Josas, mai 1990.

© Editions Dahlab
pour le Maghreb et l'Afrique Francophone

ISBN : 9961_ 61_ 039_ 3

DÉPÔT-LÉGAL : 3/95

ISBN 2 13 044553 5

Dépôt légal — 1re édition : 1991
2e édition corrigée : 1993, mars

© Presses Universitaires de France, 1991
108, boulevard Saint-Germain, 75006 Paris

# INTRODUCTION

« Complete freedom from stress is death »
Hans Selye

Le stress est-il le nouveau « Malaise dans la Civilisation » ? Le nombre d'articles et de livres qui lui ont été consacrés, plus de 100.000 articles, et plus de 200 ouvrages, ne peuvent que nous interroger. La fortune sémantique de cette notion ou de ce concept aux limites de la métallurgie, de la psychologie, de la psychiatrie, de la neurophysiologie, de la neurochimie, de l'immunologie, de la psychosociologie, de la psychanalyse, de la psychosomatique, etc. ne peut laisser indifférent un chercheur, car le stress possède cette rare spécificité de féconder presque toutes les sciences.

Le mot *stress* vient du latin *stringere*[1] qui signifie étreindre, serrer, resserer, lier, qui a donné naissance en français à *étreindre*, entourer avec le corps, avec les membres, en serrant étroitement, accompagné de sentiments opposés puisqu'il est possible d'étreindre quelqu'un sur son cœur, sa poitrine, mais aussi de l'étouffer; étouffer nous conduit à oppresser, serrer : angoisse, anxiété, sentiment de détresse qui étreint le cœur, l'âme, et nous conduit à DÉTRESSE[2], autre mot issu de *stringere*, à savoir sentiment d'abandon, de solitude, d'impuissance... que l'on éprouve dans une situation poignante (besoin, danger, souffrance...).

On ne trouve pas dans la langue française le mot stress

1. Dictionnaire *Gaffiot*.
2. Dictionnaire *Le Robert*.

avant le XX[e] siècle; par contre il a été employé au cours des siècles dans la langue anglaise. Dès le XVII[e] siècle, il était utilisé pour exprimer la souffrance, la privation, les épreuves, les ennuis, les calamités, et l'adversité, conséquences en somme d'une vie difficile s'exprimant en un seul mot. Mais au XVIII[e] siècle, il y a une évolution sémantique puisque l'on passe de la conséquence émotionnelle du stress à l'agent à l'origine de celui-ci, *i.e.* : la force, la pression, la charge produisant une tension et à plus ou moins long terme une déformation de « l'objet » (en métallurgie). On constate alors que le mot stress est souvent accompagné du mot « *strain* », tension excessive conduisant à la déformation et/ou à la rupture.

Le raisonnement par analogie fit le reste, c'est-à-dire que le stress, qui peut déformer les métaux, peut aussi entrainer à long terme des maladies somatiques ou mentales, passage d'une conception physique à une conception médicale et psychologique.

Cette nouvelle vision du monde est à l'origine de toutes les recherches entreprises sur l'établissement de relations entre les événements de la vie, les maladies somatiques et le fonctionnement mental et psychique des individus. Ainsi, dès 1910 Sir William Osler publiait dans *The Lancet* un article sur *l'angina pectoris* des membres de la communauté juive, et, il en rendait responsable leur vie trépidante et mouvementée : « ils vivent d'une façon très intense, totalement absorbés par leur travail, se consacrent à leur famille, si bien que leur énergie nerveuse est sollicitée au dernier degré, et par conséquent soumise aux stress et tensions qui semblent, dans de nombreux cas être la cause de l'*angina pectoris* ».

Le rôle du facteur émotionnel et des conditions de vie actuelles dans le développement des maladies sont depuis les années vingt de notre siècle les questions posées par médecins, psychanalystes et psychologues avec pour objectifs :

1) le développement d'une nouvelle théorie générale de la maladie,

2) la découverte d'un médicament universel.

Le modèle linéaire bio-médical classique de Pasteur-Virchow commença a être remis en question, et, l'est toujours, depuis cette époque là. L'aphorisme de Pasteur « Omne vivum e vivo » rejoint celui de Rudolph Virchow (1821-1902), « Omnis cellula e cellula », pour en faire la généralisation la plus révolutionnaire en biologie au cours du XIX[e] siècle. Depuis cette époque, c'est ce modèle que la médecine organisciste a suivi *stricto sensu* jusqu'à la fin de la deuxième guerre mondiale. Tout vécu situationnel et émotionnel dans l'apparition des maladies était rejeté.

Depuis la découverte de l'inconscient par Sigmund Freud et de la psychanalyse, une approche différente à la maladie s'est fait jour; c'est ainsi que certains psychanalystes, pas toujours suivis par leurs collègues plus orthodoxes en la matière, ont développé dans les années trente une psychosomatique d'inspiration psychanalytique. Ces médecins psychanalystes, pionniers de la psychosomatique, vont adopter l'idée d'une psychogenèse des maladies dites psychosomatiques : pour F. Alexander, directeur de l'Institut de Psychanalyse de Chicago, par exemple, il y avait sept maladies psychosomatiques : l'asthme, la colite ulcéreuse, l'hyperthyroïdie, l'hypertension artérielle, l'eczéma, l'ulcère peptique et la polyarthrite rhumatoïde. « La description, même détaillée, de l'activité cardiaque d'un malade, sans que soit tenu compte de ses états émotionnels et de ses pensées est sans valeur ».

C'est la notion de stress qui a progressivement permis d'envisager dans les années cinquante que la dimension psychologique puisse jouer un rôle de catalyseur dans la maladie.

Hans Selye, étudiant en médecine à l'Université de Prague, dans les années vingt, avait été intrigué par le « syndrome général de maladie », qui lui semblait être une réponse non spécifique de l'organisme à la maladie, et ce, à partir de l'observation de sujets atteints de différentes maladies infectieuses, présentant tous une symptomatologie commune sans signes spécifiques.

Cette observation d'un jeune étudiant en médecine aurait pu demeurer sans suite puisque Selye se lança dans des recherches sur les hormones sexuelles à partir d'expériences sur des rats. Ces recherches n'aboutirent pas, mais l'apparition de manifestations organiques voisines de ces observations antérieures poussèrent Selye à comprendre le mécanisme d'apparition de ce syndrome général quelle que soit l'agression. C'est ainsi qu'il étudie les effets de divers agents agresseurs tels que traumatismes, brûlures, rayons X, froid... et décrit dans un article paru dans *Nature* (1936) l'ensemble des réponses non spécifiques provoquées par un agent agressif physique quel qu'il soit. Il définit ainsi ce qu'il appellera le « syndrome général

d'adaptation ». Selye ne devient que dans les années cinquante le père du stress; il n'utilisa jamais dans ses écrits ce terme qui, à l'époque, avait une connotation plus psychologique que biologique. De 1946 à 1950 il élabore l'ensemble de sa théorie où il développe d'abord l'hypothèse que les maladies dites d'adaptation pourraient être produites par des réactions d'adaptation anormales à l'occasion d'un stress, dans le sens de stimulus ou agent provoquant une réaction de l'organisme, puis dans son premier livre intitulé STRESS, il utilise ce mot dans le sens de condition dans laquelle l'organisme répond à différents « stressors » ou agents de stress. Le stress est « l'état se traduisant par un syndrome spécifique correspondant à tous les changements non spécifiques ainsi induits dans un système biologique ».

Le stress pour Hans Selye est fondamentalement une réponse physiologique et il s'en est tenu à cette conception bien qu'il ait différencié les effets du stress en eustress et distress, bons et mauvais effets du stress sur l'individu; mais comme le stress avait d'abord été considéré sous l'angle de l'agression, ses conséquences sur l'individu ne pouvaient pas ne pas être désagréables. La prise en considération de variables de plus en plus nombreuses dans l'étude du stress conduit à l'hypothèse que le stress est la réponse non spécifique de l'organisme à n'importe quelle demande de l'environnement (dernière conception de Selye). Comme on peut le constater, la dimension personnelle est absente de cette conception.

De 1950 à nos jours des centaines de recherches ont ouvert la voie à l'étude des relations psyché-soma, comme le montrera la suite de cet ouvrage, tentant d'adopter une conception nouvelle de la maladie, remettant en question le modèle linéaire biologique pour élaborer un modèle multilinéaire de la maladie englobant progressivement toutes les dimensions de l'environnement de la maladie pour aboutir à ne prendre en considération que le malade dans son existence humble et quotidienne.

Revenons à présent sur la classification des acceptions du mot stress :

1) Le stress est *une force* qui produit une tension, une déformation (strain) de l'objet sur lequel cette force est appliquée; dans ce sens, il s'agit d'un stimulus externe, d'un agent quel qu'il soit (agent physique : bruit, chaleur, froid... ou psychologique : deuil, perte de son travail ...). C'est le sens actif du stress.

2) Le stress est *le résultat* de l'action d'un agent physique et/ou psychologique et/ou social; agent appelé « stressor » par Hans Selye. Il s'agit alors d'étudier l'état de stress, en d'autres termes, les conséquences biologiques, mentales et psychiques sur la santé des personnes. L'action pouvant être ponctuelle, ou permanente, et l'on étudiera sa durée ainsi que le temps de latence d'apparition des symptômes des maladies : de quelques heures à plusieurs mois, ou même une année ou plusieurs années dans le cas par exemple de maladies auto-immunes.

3) Le stress est à la fois le stresseur, ou agent du stress et le résultat de cette action dans les différentes dimensions individuelles. Relevant de cette acception, nous avons toutes les recherches de Selye, des psychosomaticiens (F. Alexander...) ainsi que tous les travaux des quarante dernières années. On peut comprendre à cet égard, la confusion sémantique entrainée par cette approche.

4) Le stress n'est plus envisagé dans sa dimension biologique, mais est considéré dans un aspect dynamique à la fois interne et externe.

Le stress est alors un agent externe perçu par un individu dans un espace-temps donné; celui-ci met en jeu des défenses mentales pour y faire face, les automatismes biologiques accompagnant simultanément le jeu des défenses mentales. La vie psychique individuelle peut être désorganisée (Dr Pierre Marty) par cette action entrainant des risques de somatisation selon l'état de la structure psychique et du contexte somatique et social.

Action externe et réaction individuelle en fonction de la structure du fonctionnement psychique des individus sont les termes les plus avancés des recherches actuelles. C'est ainsi par exemple que les corrélations établies entre stress et immunité ont facilité les recherches établissant la possibilité d'interactions entre système nerveux central et système immunitaire donnant naissance au concept de neuro-immunomodulation. L'approche scientifique de

l'observation déterminera l'angle d'attaque méthodologique conceptuelle.

Dans cet ouvrage nous nous attacherons à répondre à quelques questions que l'on se pose sur le stress.

1) Quelles sont les sources de stress actuelles ?

2) Quel est le vécu professionnel du stress et quel est son coût ? (stress et vie professionnelle)

3) Quelles sont les réactions psycho-émotionnelles au stress ? Stress et émotion. Modèle de ces approches théoriques.

4) Quelles sont les maladies du stress ?

5) Quels sont les moyens de prévention et les thérapies du stress.

Notre objectif est de passer en revue et d'exposer les points de vue les plus récents sur le STRESS. Notre formation et notre pratique de psychanalyste-psychosomaticien nous a permis de développer une dimension souvent absente de la plupart des recherches, à savoir la structuration psychique individuelle et l'économie psychosomatique, c'est-à-dire l'étude des quantités d'excitation externes et/ou internes dans le fonctionnement psychique et somatique, en d'autres termes les problèmes d'évaluation de la circulation de l'énergie et de son investissement[3].

3. S. Freud, *Die endliche und die unendliche Analyse*, 1937.

CHAPITRE PREMIER

# LES SOURCES DU STRESS

Les travaux de Hans Selye « *Physiologie et pathologie de l'exposition au stress* », ont depuis les années cinquante fait la fortune de nombreux chercheurs. Les articles de recherche fondamentale ou de vulgarisation ainsi que les livres se comptent à présent par milliers. Ces recherches ont surtout été développées dans les pays anglo-saxons et ceux du nord de l'Europe, rares sont celles effectuées en France et dans les pays latins. Faut-il y voir une ligne de partage entre deux visions du monde ou deux façons d'analyser « le malaise dans la civilisation » ?

Les efforts de recherches considérables n'ont cependant pas abouti à une clarification du concept de stress, à savoir montrer que les conditions du stress ont des causes clairement identifiables et des effets indiscutables. Fletcher et Payne[1], deux importants chercheurs britanniques ont fait la remarque suivante : « En résumé, bien que 8 à 10 % de la population active se révèle être dans une situation de tension suffisante pour être inquiétante, très peu de lignes générales d'actions raisonnées peuvent être définies à partir des ouvrages existants, étant donné les problèmes de mesure et l'attention insuffisante accordée aux facteurs extérieurs au travail dans les recherches antérieures. De plus, il est difficile d'intégrer et d'attacher un sens à l'ensemble des données sans disposer

1. B. C. Fletcher, R.L. Payne, Stress at Work : a review and theoretical framework, *Personnel Review*, 9, 1, p. 19-29, 1980.

d'une meilleure définition des concepts essentiels et d'un modèle qui décrivent les rapports entre les concepts ».

A la fin des années 70 la crise de confiance des chercheurs sur le stress professionnel portait sur la classification des concepts, les méthodologies de recherche utilisées et les limites du domaine. Au milieu de cette confusion sémantique, Murrel propose un concept de stress professionnel en trois phases : une cause, un effet et un résultat, « afin d'éviter toute ambiguité, écrit-il, le terme de *pression* sera utilisé comme synonyme de « stress » pour décrire des situations extérieures à l'individu, le terme de *tension* sera utilisé comme synonyme de « stress » (au sens de H. Selye) pour décrire l'effet de la pression sur l'individu, ...; l'incapacité de résister à cette pression peut conduire à un certain nombre de conséquences allant du mécontentement à une dégradation de l'état de santé ». Fletcher et Payne rejoignent Murrel[2] à cet égard en précisant que pression est égale pour eux à agents stressants provoquant une tension de nature physiologique ou psychologique de faible ou de longue durée. Les *agents stressants* peuvent avoir leur origine à l'intérieur de la personne ou dans l'environnement extérieur. Ces derniers peuvent provenir soit du monde professionnel soit du monde extra-professionnel.

Cette précision sémantique fit faire des progrès aux recherches sur le stress professionnel, et l'on aboutit à un modèle simplifié surtout développé et repris par la suite par le Professeur Cary L. Cooper[3] de l'Université de Manchester. La combinaison de certaines des sources du stress de ce modèle et de certains traits de personnalité peut être prédictive de la manifestation de réaction au stress telles que : maladies coronaires, certains troubles

2. H. Murrel, *Work Stress and Mental Strain*, Londres, Publications du Ministère du Travail, 1978.

3. C. L. Cooper, *Stress at Work*, cf. Bibliographie.

mentaux, insatisfaction professionnelle, conflits conjugaux, alcoolisme, toxicomanies, etc.

On distingue six sources de stress professionnel et organisationnel : les sources inhérentes 1. à la fonction exercée, 2. au rôle dans l'organisation, 3. au développement de la carrière, 4. aux relations au travail, 5. à la structure et au climat organisationnels, 6. à l'interface famille/travail.

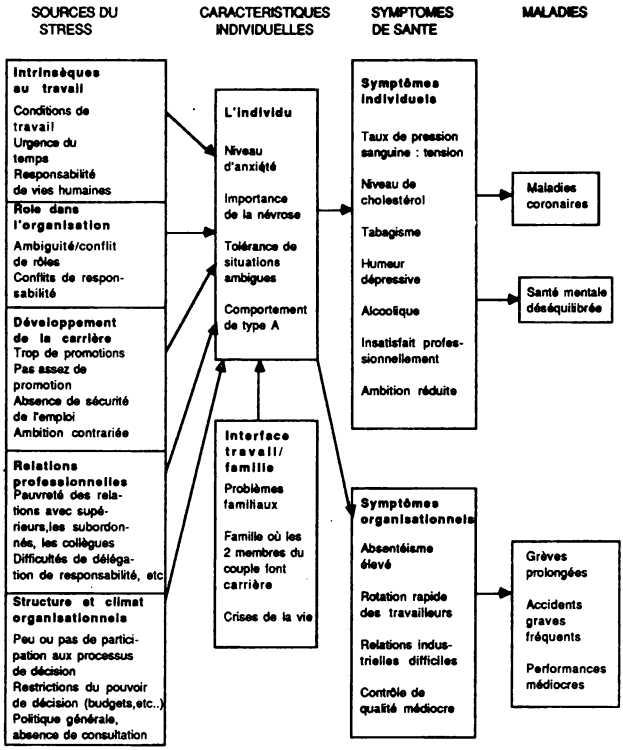
## I. — Le stress au travail

Ces sources de stress ou de *tensions* sont relatives à l'environnement du travail, au travail posté, à l'excès ou à l'insuffisance de travail, au danger physique, à l'adéquation de l'individu à son environnement et à l'interface famille/travail (Tableau 1).

1. **Les sources liées à l'environnement du travail.**— Les sources de stress liées à l'environnement de travail ont été longuement étudiées, depuis plus d'un siècle et demi, par les médecins du travail et les ergonomes. Des études de centrales nucléaires aux Etats-Unis ont signalé que l'aménagement des salles de contrôle était un agent stressant, et, plus particulièrement dans le grave incident de « Three Mile Islands », l'importance excessive des systèmes d'alarme semble être à l'origine de la baisse d'attention des employés et ingénieurs chargés du suivi des opérations. Les agents physiques tels que bruits, émanations de fumées, chaleur, plus les conséquences sociales et psychologiques de l'isolement dû au port de protège-tympans ont été incriminés dans des études sur la fabrication de l'acier, surtout dans la phase de liquéfaction de l'acier d'une durée de 70 mn environ.

2. **Les sources liées au travail posté.** — Le travail posté affecte les rythmes neurophysiologiques, tels que

Tableau 1. — **Un modèle du stress professionnel**




Source : C.L. Cooper, Job distress : Recent Research and the emerging role of the clinical occupational psychologist, *Bulletin of the British Psychological Society,* 39, 325-331, 1986.

température, taux de glycémie, métabolisme, ainsi que l'efficacité mentale et la motivation au travail. Une étude sur les contrôleurs de trafic aérien a révélé que ceux-ci souffraient d'ulcères gastriques, de diabète léger et d'hypertension dans une proportion quatre fois supérieure à un groupe de contrôle constitué d'employés de la

navigation aérienne. Bien que l'on ait conclu que le travail posté devient physiquement moins stressant lorsque les individus s'habituent aux conditions de leur travail, il n'empêche que les travailleurs postés se plaignent « d'être exclus de la société ».

3. **Les sources liées à la surchage et à l'insuffisance de travail.** — French et Caplan[4] dans une de leurs recherches établissent que l'excès de travail, comme agent stressant, est soit de nature quantitative, soit de nature qualitative (considérer le travail comme trop difficile par exemple), soit associé à des comportements dysfonctionnels. C'est ainsi qu'une étude indique une forte relation entre la quantité de travail excessive et la consommation de cigarettes élevée; consommation considérée comme un des symptômes des maladies coronaires. Une autre recherche révèle que l'excès de travail peut conduire à une baisse de l'estime de soi, ou à un refuge dans l'alcoolisme. Une étude de Cooper, Davidson et Robinson[5] sur le stress dans les services de police révèle que la surcharge de travail des sergents de la police britannique était à l'origine de dépression passagère; ceux-ci incriminaient les procédures administratives qui les obligeaient à faire de longues heures de travail ajoutées aux frustrations causées par les procédures judiciaires longues et incapables de punir les délinquants. L'insuffisance de travail, est un autre agent stressant, lié à des environnements où le travail est répétitif, peu stimulant, et routinier, comme par exemple dans les lignes d'assemblage. L'ennui et le désinvestissement psychique du travail peuvent diminuer la capacité de

4. J. R. P. French, R. D. Caplan, Organisational Stress and Individual Strain, *in* Marrow (ed.), *The Failure of Success*, New York, Amacon, p. 30-66, 1973.

5. M. J. Davidson, Stress in the Police Service : a multifaceted model, Pilot Study, citée par Cooper in *White Collar and Professional Stress*, p. 131-166, cf. Bibliographie.

réaction des travailleurs et des employés dans des situations d'urgence ou d'imprévu.

4. **Les sources liées au danger physique.** — Le danger physique est une autre source de stress que l'on rencontre dans les professions à haut risque telles que : police, mines, armées, et services de lutte contre les incendies. Une recherche du Professeur Cooper[6] sur les officiers chargés du déminage en Irlande du Nord nous indique que les experts, ayant du succès lors de ces opérations, semblent être des personnalités faiblement émotives, ayant des difficultés à établir des relations personnelles durables, et se conformant très peu aux valeurs conventionnelles dominantes. Ces traits de caractère leur permettent d'introduire une distance dans les relations interpersonnelles facilitant le dépassement des épreuves tant redoutés, à savoir la mort ou les blessures graves de leurs collègues au cours de leurs dangereuses activités professionnelles.

5. **Les sources liées à l'adéquation Personne / Environnement.** — La satisfaction au travail qui peut être évaluée grâce au concept Personne/Environnement (P-E), c'est-à-dire adéquation des caractéristiques psychosociales d'un individu aux conditions de travail de son environnement, est un autre critère de détermination du stress-tension. Dans le cas où il y aurait inadéquation, un certain nombre de symptômes tels que anxiété, dépression, mécontentement et maladies somatiques feraient leur apparition.

Nous n'avons cité jusqu'à présent que des travaux anglo-saxons. Il semble que les travaux français, notamment ceux de C. Dejours, C. Veil et A. Wisner[7] portent

6. Cf. *Stress at Work*, Bibliographie.

7. C. Dejours, C. Neil, A. Wisner (sous la direction de), *Psychopathologie du travail*, Paris, Entreprise Moderne d'Edition, 1980.

soit sur la désadaptation de l'homme au travail, soit sur l'hygiène mentale au travail, soit sur la psychopathologie de la souffrance au travail. A la différence des chercheurs anglo-saxons, les français développent le champ spécifique de la psychopathologie du travail d'inspiration psychanalytique (pour certains d'entre eux) en écartant la notion de stress qu'ils décrivent comme liée aux théories agressologiques. Leurs critiques portent sur la spécificité du schéma du stress de H. Selye, à savoir le schéma stimulus-réponse qui, à leurs yeux « laissent de côté toutes les affections qui ne répondent pas directement » à ce modèle. « Si l'on peut de la sorte étudier certaines réponses endocriniennes (cortisolémie), métaboliques (catécholamines) ou cardio-vasculaires (tension artérielle), des maladies comme le psoriasis, le cancer, les anémies, etc.. ne se laissent pas circonscrire dans le modèle agressologique. De plus, le schématisme de cette conception ne permet que peu de nuances : comment rendre compte d'un deuil, ou de la naissance d'un enfant en termes de stress ? »

Si une telle critique était pertinente, il y a encore quelques années, elle ne l'est plus aujourd'hui; en effet, le deuil ou la naissance d'un enfant peuvent être considérés comme des *agents stressants* traumatisants modifiant l'équilibre psychique interne. Ce qui par contre n'est pas expliqué par les thèses agressologiques, ce sont les réponses ou réactions du sujet, en termes psychoémotionnels. Les approches françaises s'inscrivent donc dans le schéma global des sources de stress.

Mais progressivement la frontière entre travail et organisation a été franchie, passant du stress professionnel au stress dit organisationnel; peut-on en vérité isoler le sujet de son environnement ?

## II. — Le stress et l'organisation

Dans les années soixante les préoccupations des chercheurs se déplacèrent du champ d'étude du stress au travail (stricto sensu) aux différentes sources de stress induites par le rôle joué par un individu sur son lieu de travail.

1. **Conflit et ambiguité du rôle; exercice de la responsabilité.** — En 1964, le centre de recherche de l'Université de Michigan publie les travaux de Kahn, Wolf, Quinn, Snoek et Rosenthal[8] dans un ouvrage considéré comme une référence par les chercheurs : « Stress organisationnel : études sur le conflit et l'ambiguité du rôle ». L'ambiguité du rôle est défini comme l'absence de clarté sur le rôle de l'individu au travail, sur les objectifs à réaliser, et sur l'étendue de ses responsabilités. Les chercheurs de l'Université de Michigan trouvèrent que les individus souffrant de cette absence de définition de leur rôle éprouvaient peu de satisfaction dans leur activité professionnelle, des tensions croissantes reliées à leur travail, et un sentiment du peu d'importance de leur travail dans l'organisation accompagné d'une perte de l'estime de soi. Une étude de French et Caplan de 205 ingénieurs scientifiques et cadres, d'une des bases de la NASA : « Goddard Space Flight Center » aboutit aux mêmes conclusions pour les personnes interviewées avec une précision concernant la sensation d'une menace sur leur bien-être physique et mental accompagnée de symptômes physiologiques tels que l'accroissement du taux de pression sanguine.

Le conflit de rôles, quant à lui, est défini comme la contradiction provoquée par des demandes différentes à un individu, qui, soit ne désire pas répondre vraiment à

8. R.L. Kahn, D. M. Wolf, R. P. Quinn, J. E. Snoek, R. A. Rosenthal, *Organisational Stress*, New York, Wiley, 1964.

cette demande, soit pense que cette demande ne répond pas à la définition de ses tâches. Tout comme dans l'enquête sur l'ambiguité, les résultats sur le conflit de rôles aboutit à des conclusions voisines : les personnes souffrant de conflits de rôles tirent peu de satisfaction de leur travail; par ailleurs plus les cadres ayant de l'autorité dans l'organisation, prennent des décisions ayant des conséquences conflictuelles, et plus l'insatisfaction au travail de leurs subordonnés s'accroit. Le lieu le plus conflictuel de l'organisation se trouve à l'articulation de celle-ci avec les différents acteurs de son environnement interne et externe. C'est ainsi que Margolies et Kroes[9] ont trouvé, comme exemple de rôle conflictuel de l'environnement interne d'une organisation, que les contremaîtres avaient potentiellement sept fois plus de risque d'avoir des ulcères gastriques que les employés dont ils avaient la responsabilité.

L'exercice de la responsabilité est un autre agent stresseur lié au rôle organisationnel. La responsabilité à l'égard des êtres humains est plus stressante que celle à l'égard des équipements; cela signifie que l'individu responsable doit passer plus de temps en interaction avec autrui, à assister à des réunions de travail, à travailler seul, et par conséquent à faire face aux délais de remise des rapports et/ou d'exécution des tâches. Des études de médecine du travail en Angleterre portant sur 2 000 cadres montrent que le stress est lié à l'âge et au niveau de responsabilité dans l'organisation. D'autres travaux révèlent cependant que d'autres sources de stress sont à l'œuvre et se conjugent avec les variables, telles que : 1) crainte de se voir refusée une promotion, 2) accroissement de l'isolement organisationnel du à l'exercice du pouvoir, 3) approche de l'âge de la retraite. Les réactions

9. B. L. Margolis, W. L. Kroes, Work and the Health of Man, in J. O'Toole (ed), Work and the Quality of Life, Cambridge, Mass., M.I.T. Press, 1974.

physiologiques à ce type de stress sont les mêmes que pour d'autres sources, à savoir : taux de cholestérol et taux de pression sanguine élevés, etc. risque de maladies coronaires, tout symptôme lié aux réponses uniques du corps biologique aux sources multiples et identifiables de stress.

D'autres conflits et ambiguités de stresseurs induits par les procédures organisationnelles ont progressivement été explorés dans d'autres populations, mais les méthodologies utilisées ne se sont pas révélées probantes. Les cadres moyens étudiés ont été décrits comme une population particulièrement stressée à cause des agents stresseurs suivants : baisse des rémunérations, insécurité de l'emploi liée aux redondances des fonctions exercées et/ou à la proximité de l'âge de la retraite, au faible pouvoir d'exercice de l'autorité, et au sentiment d'enfermement dans une carrière dont ils n'arrivent pas à franchir les étapes.

Les différences de personnalité sont d'importants déterminants dans la capacité de réaction des individus aux conflits de rôle; French et Caplan signalent *que les individus aux comportements plus souples résistent mieux au stress que les individus psychologiquement plus rigides.*

2. **Le stress relationnel.** — Il s'agit du stress relié à la qualité des rapports humains entretenus avec le supérieur hiérarchique, les subordonnés et les collègues de travail. De nombreux psychologues ont émis l'hypothèse que de bonnes relations au sein d'un groupe de travail sont un facteur primordial pour la santé de l'individu et de l'organisation.

A) *Le supérieur hiérarchique.* — V. Buck[10] dans une enquête utilisant un questionnaire sur la personnalité du

10. V. Buck, Working under Pressure, London, Staples Press, 1975.

leader dans sa relation avec ses subordonnés découvrit que le manque de considération ou la faible considération du supérieur à l'égard de ses subordonnés se traduisait chez eux par un sentiment de plus grande tension sur le lieu de travail. La considération est un sentiment associé avec un comportement révélant une certaine amitié, un respect mutuel, et une certaine chaleur dans les relations humaines.

B) *Les subordonnés.* — La fonction la plus délicate d'un manager réside dans la façon dont il contrôle ses subordonnés. L'incapacité de déléguer est l'un des problèmes auquel il faut ajouter le management par participation. L'introduction de cette méthode de management a causé beaucoup d'anxiété et de ressentiment à nombre de managers incapables de déléguer et de participer. Le déséquilibre entre le pouvoir formel et le pouvoir réel, la perte de statut, l'érosion de son autorité, le refus des subordonnés de participer sont des sources potentielles de stress, surtout pour les managers ayant une formation scientifique et technique; ceux-ci sont plus enclins à se consacrer aux tâches, problèmes, procédures et processus de décision qu'aux interactions humaines.

C) *Les collègues.* — La compétition et la rivalité entre collègues sont des sources bien connues, mais le stress peut être causé non seulement par la pression des relations professionnelles mais aussi par le manque de soutien des collègues dans des situations difficiles. La crainte de montrer des « faiblesses » en partageant avec ses collègues ses problèmes et ses appréhensions est une source de stress révélée par une enquête sur les dirigeants d'entreprise en France[11]; elle isole les cadres de haut niveau et cause d'importants troubles somatiques

11. J. B. Stora, Le coût du stress, Revue Française de Gestion, n° 67, Janv-Fév., p. 108-113, 1988.

(maladies cardio-vasculaires). L'idéologie des sociétés industrialisées développant l'image d'un homme d'action fort et tout-puissant, comme modèle d'identification des hommes et femmes de gestion, est à l'origine de nombreux troubles révélés par les symptômes d'angoisse, de dépression et de maladies somatiques; ces dernières étant plus acceptées par la société industrielle que les troubles psychiques de comportement.

Henry Minzberg[12], dans une de ses recherches sur le temps passé par les cadres dans les grandes organisations en interaction avec leurs collègues révèle que 22 % du temps est consacré aux réunions de service, 6 % en communications téléphoniques, 59 % à des réunions de travail planifiées, 10 % à des réunions informelles non planifiées, etc.; c'est dire l'importance du vécu des relations de travail quotidiennes dans l'intensité du stress.

3. **Le stress lié au déroulement de la carrière professionnelle.** — On peut identifier deux grandes sources de stress dans ce domaine : 1) le stress lié aux différentes étapes de la carrière, 2) le stress causé par les frustrations induites par le statut professionnel.

A) *La carrière professionnelle.* — A chaque étape de sa carrière un individu est soumis à des tensions et des épreuves qu'il franchit avec plus ou moins de difficultés psychologiques. Le début de carrière, dans les sociétés industrielles, pousse les personnes dans une compétition intense afin de gagner rapidement plus d'argent et d'acquérir un statut social plus élevé; tous ceux et toutes celles qui « échouent », de même que ceux et celles qui « réussissent » paient un prix élevé. Le milieu de carrière est accompagné d'un cortège de déceptions : ralentissement ou frein des progressions, rétrécissement des oppor-

12. H. Minzberg, The Nature of Managerial Work, New York, Harper and Row, 1973.

tunités, constat d'avoir atteint « le plafond »; ces constatations peuvent conduire à l'isolement des individus. La fin de carrière et la retraite, c'est-à-dire la fin de la vie professionnelle active, et donc la reconversion de l'énergie psychique de son travail vers d'autres activités, est encore une source possible de frustration plus ou moins bien surmontée par les individus; comme on le sait les décès sont fréquents dans les deux à trois années suivant la retraite.

B) *Le statut professionnel.* — Il dépend des procédures de promotion dans les entreprises et des changements sociaux et culturels de la société. Une entreprise peut favoriser les promotions exceptionnelles de certains de ses cadres, employés et ouvriers, en ignorant les conséquences émotionnelles et somatiques de celles-ci : surcharge et excès de travail, sentiment croissant d'insécurité et d'isolement de son entourage de travail, etc.

L'accroissement du rythme de changements technologiques, l'adaptation continue des entreprises contraintes de créer de nouveaux produits, de conquérir de nouveaux marchés, modifient le rythme de déroulement des carrières au sein d'une même entreprise ainsi que l'âge moyen de ses cadres et dirigeants d'entreprise. Le critère suivi : avoir du personnel « jeune », rejettent aux frontières de la société industrielle nombre de cadres compétents et efficaces. Cela se traduit par des maladies psychiques et somatiques, et surtout par un malaise grandissant dans certaines entreprises.

Des études effectuées dans la marine américaine sur environ 1.000 personnes révèlent que tout décalage dans les promotions, et par conséquent, toute frustration accroissent les désordres psychologiques, et les déséquilibres mentaux. D'autres études, portant sur le milieu familial dans les grandes cités industrielles, insistent sur les risques de maladies coronaires chez les individus

ayant acquis par eux-mêmes, ou par leur mariage, un statut social plus élevé que leur statut d'origine. Le stress causé par les modifications rapides de statut social est devenu un des problèmes cruciaux des sociétés industrielles occidentales.

4. **L'organisation comme source de stress.** — Vivre dans une organisation est de nos jours un destin partagé par des millions de personnes; or l'organisation, de par sa nature, peut représenter une source de menace de la liberté, de l'autonomie et de l'identité individuelle. Les problèmes peuvent être nombreux : participation insuffisante au processus de décision, défauts de communication, divers types d'interdictions relatives au comportement quotidien dans les bureaux, etc. Le Professeur Kets de Vries[13] de Mc Gill University, auteur de nombreux travaux sur le stress et sur l'irrationalité des processus de décision dans l'organisation, ajoute à cette longue liste les observations suivantes : l'exercice excessif de l'autorité, le cloisonnement de l'organisation, les systèmes de contrôle de gestion biaisés, etc.

Les développements théoriques et doctrinaux relatifs à la participation des travailleurs dans les organisations en vue d'améliorer la productivité et de *réduire le stress* ont été entrepris dès 1948. Coch et French[14] dans un article sur la façon de surmonter la résistance aux changements (étude d'un atelier de couture) ont trouvé que l'accroissement de la participation allait de pair avec l'accroissement de la productivité et donc de la satisfaction des travailleurs. En 1974 Margoles, Kroes et Quinn dans une étude portant sur 1 400 travailleurs indiquèrent que la non-participation était un bon indicateur et un prédicteur

13. M. Kets de Vries, Organizational stress : a call for Management Action, Personnel Psychology 31, 1979.

14. L. Coch, J. R. P. French, Overcoming Resistance to Change, Human Relations, 11, 512-532, 1948.

de la tension et du stress au travail. Il faut ajouter à cette variable l'absence de reconnaissance des tâches accomplies par les responsables de l'organisation.

Les résultats de ces recherches pourraient conduire les organisations à adopter un programme de prévention du stress, qui porterait sur de nouveaux modes d'exercice de l'autorité; sur une action sur les structures pour aider au décloisonnement et sur une stratégie de communication interne et externe appropriée.

5. **Les sources de stress de la vie quotidienne : la vie familiale.** — La personnalité de l'individu ne peut être séparée de son environnement quotidien familial ni de ses préoccupations extra-organisationnelles. Or toute étude du stress individuel ne peut ignorer les problèmes familiaux, les difficultés financières, le conflit des croyances personnelles et de la culture d'entreprise de l'organisation, le conflit des demandes de l'organisation et de celles de la famille. Il n'y a à ce jour aucune étude globale prenant en considération l'ensemble des tensions auxquelles un individu est confronté. Les reherches effectuées depuis les années 70, révèlent dans l'univers anglo-saxon un comportement identique de la majorité des femmes de cadres moyens : elles considèrent que leur rôle est d'apporter un soutien à leurs maris[15]. D'autres enquêtes auprès de femmes de cadres supérieurs insistent sur le « contrat caché » mais jamais révélé entre homme et femme, contrat dans lequel la femme accepte de jouer le rôle de « pilier familial » de telle sorte que le mari puisse faire librement face à toutes les exigences professionnelles et organisationnelles. L'entreprise a tiré parti de cette séparation des tâches acceptées ou subies par les femmes. Les femmes offrant aux « managers » l'abri et la sécurité du foyer familial.

15. J. M. Pahl et R. E. Pahl, Managers and their wives, London; Allen, 1971.

Le schéma familial, où chacun des membres du couple a une vie professionnelle, s'écarte totalement du schéma classique. Selon le Ministère du Travail des Etats-Unis, à l'heure actuelle, 7 % des familles américaines vivent selon le schéma classique; depuis 1975, 45 % des femmes mariées travaillent à plein temps ainsi que 37 % des femmes avec des enfants en bas âge (en-dessous de 6 ans). De nombreux psychologues et sociologues considèrent que l'accroissement du nombre de divorces aux Etats-Unis et dans les pays d'Europe Occidentale dans les dix dernières années est à imputer à ce nouveau schéma de vie familiale. Etrangement ces chercheurs ne se posent pas la question des changements de rôle possible des hommes. Les exigences des entreprises à l'égard de leurs jeunes cadres en début de carrières sont telles que les conflits et les tensions émotionnelles sont énormes pour ces jeunes hommes : ils doivent faire face aux demandes de l'entreprise et aux demandes de leur famille : nouvellement marié avec de jeunes enfants. Le prix payé par ces jeunes cadres en début de carrière n'a jamais fait l'objet d'évaluation.

Les conflits familiaux deviennent plus critiques lorsque l'on a affaire à la mobilité professionnelle : changement de domicile, changement d'école pour les enfants, nouvelles relations, etc. Les frustrations et la solitude de la mère au foyer assumant toute la responsabilité psychologique des déménagements se traduisent par un taux élevé d'alcoolisme chez les femmes[16], qui, délaissent leurs enfants et les abandonnent à eux-mêmes. Il en résulte un accroissement de la délinquance et de la violence chez les jeunes. Dans les années 80 on assiste à une résistance et une réticence de plus en plus grande des familles aux changements de lieux de travail professionnels. La culture et la stratégie des entreprises, surtout

16. R. SEIDENBERG, Corporate wives – Corporate Casualities, New York, American Management Association, 1973.

nord-américaines, ne se sont pas encore adaptées à ce nouveau phénomène. La dimension internationale de la mobilité professionnelle et ses conséquences sur l'efficacité de l'entreprise sont abordées par Guest et Williams[17] qui, dans une enquête portant sur 1.800 cadres internationaux travaillant dans 70 pays, conclurent que les deux plus importantes variables de la satisfaction de ces cadres étaient la fonction exercée dans l'entreprise et, encore plus important, l'adaptation de leurs femmes à leur nouvel environnement. Il est évident que le système de relations familiales, s'il est perturbé, ne manquera pas d'affecter le comportement sur le lieu de travail et vice versa.

### III. — Le stress et les changements de société

Les changements d'environnement social interviennent à différents niveaux : national, communautaire, familial et individuel. Les conditions économiques, les périodes de guerre, les incertitudes politiques, peuvent avoir une influence sur des populations entières; à l'échelle individuelle des événements comme le deuil ou la perte de travail peuvent avoir des conséquences graves.

1. **Les sources de stress sociétales.** — La mobilité géographique et les migrations sont considérées comme des facteurs de stress causant des maladies mentales et des désordres somatiques. Toutes les recherches en la matière démontrent que les populations émigrées ont des taux d'hospitalisation psychiatrique plus élevés que les autres groupes de la population. Les facteurs explicatifs de cette fragilité psychique sont les écarts culturels (culture d'origine/culture du pays d'adoption), les conditions économiques et sociales de la nouvelle société et les pressions exercées pour l'assimilation des populations émigrées. Les chercheurs insistent sur le fait que les émigrés

17. D. GUEST et R. WILLIAM, « How Home Affects Work », New Society, 18 January 1973.

qui s'installent dans des zones urbaines où existent déjà des populations de leur pays d'origine s'adaptent avec plus de facilité que ceux qui n'ont pas un tel référentiel; de plus le stress semble plus important lorsque les populations ont un écart culturel très grand avec le leur. La vulnérabilité aux maladies somatiques est aussi constatée : Graham et Reeder[18] démontrent que les hommes mobiles géographiquement ont des taux plus élevés de maladies coronaires que les hommes stables. Des études sur les Irlandais émigrés aux Etats-Unis au XIX[e] siècle indiquent que, bien qu'ayant des conditions de vie matérielles supérieures à leur compatriotes dans leur pays d'origine, ceux-ci avaient un taux de tuberculose très supérieur à celui de Dublin, pendant la même période.

Des recherches en éthologie avaient signalé que les animaux ayant des positions dominantes dans leur groupe résistaient mieux à toutes sortes de changement que les animaux en position de subordonnés. A partir d'un tel raisonnement Cassel[19] entreprit de très nombreuses études épidémiologiques pour prouver cette hypothèse, où les émigrés ayant obtenu des postes de prestige et de pouvoir résistaient mieux psychiquement que ceux ayant des postes de subordonnés.

Le changement social survient aussi dans le cas de modification de l'actuel environnement du à l'industrialisation, à l'urbanisation, au renouvellement du tissu urbain, ou à des changements économiques très rapides... L'impact de tels changement sur les populations locales se traduit par une fragilisation des individus. Des études sur les premières générations de paysans ou montagnards à s'engager dans l'industrie prouvent que

18. S. Graham et L. Reeder « Social factors in the chronic diseases », in Handbook of Medical Sociology, 2nd ed. H. Freeman, S. Levine and Reeder, L., Prentice Hall, 1972.

19. J. Cassel, Physical illness in response to stress, in : Social Stress, ed. S. Levine et N. Scotch, Chicago : Aldine, 1970

ceux-ci souffraient plus de maladies et de troubles somatiques que leurs descendants employés dans les mêmes usines. Les programmes de renouveau urbain ont des conséquences sur la vulnérabilité accrue des populations et causent un accroissement du stress psychosocial. La disparition progressive des vieilles communautés et la rupture des systèmes relationnels établis privent les personnes âgées de tout soutien social (enquête du renouveau urbain à Chicago dans les années 70). Par ailleurs Brenner[20] a vérifié l'hypothèse selon laquelle « lorsque l'activité économique décline, le stress social global s'accroit de pair avec l'hospitalisation mentale ». Lorsque le stress se manifeste, la cohésion du groupe social joue un rôle important dans la prévention de l'hospitalisation psychiatrique (enquête sur les taux d'admission au New York State Hospital sur une période de 120 ans).

La désorganisation sociale et la désintégration de communautés entières (ex. Liban en 1989), surviennent lorsque celles-ci sont confrontées à des désastres naturels, à des déportations ou transplantations, à des guerres civiles, ou à tout autre choc cataclysmique. Toutes les recherches aboutissent à souligner l'accroissement de désordres mentaux, de tuberculose, d'attaques cardiaques et d'hypertension accompagnant de tels événements ; exemples : transferts des indiens Navajos de leurs pays vers des réserves, des Bantous vers Johannesburg, des populations libanaises, etc. Des études établissent un parallèle entre les événements survenant au niveau communautaire et au niveau familial aboutissant aux mêmes constatations de risques somatiques et mentaux pour tous les membres de la famille.

L'absence et la désintégration de structures sociales et communautaires affaiblissent la résistance mentale des individus.

20. M. H. Brenner, Mental Illness and the Economy, Cambridge, Harvard University Press, 1973.

2. **Les sources de stress tenant à la vie personnelle.** — En 1949 se tint une conférence sur « Le stress et les maladies corporelles » patronnée par l'Association pour la Recherche sur les Maladies Nerveuses et Mentales. Cette conférence américaine fut le point de départ de toutes les recherches entreprises depuis sur le rôle des événements de la vie dans l'étiologie des différentes maladies individuelles. Les chercheurs avancèrent des hypothèses selon lesquelles de tels événements agissent comme facteurs accélérant le début de la maladie mais ne sont pas déterminants du type de maladie.

La plupart de ces chercheurs ont adopté dans la forme originale ou modifiée, l'échelle de Holmes, Rahe et de leurs collègues, comportant une liste de 43 items, comme méthodologie de recherche. Ces différentes rubriques représentent des situations familiales, personnelles, professionnelles ayant des dimensions économiques, financières, sociales etc. contraignant les individus à s'adapter aux changements. La première recherche de Holmes et Rahe (tableau n° II)[21] a consisté à interroger 2 000 employés de la Marine américaine sur les changements intervenus dans leur vie personnelle et familiale au cours des dix dernières années. Ces études, et toutes celles qui suivirent, démontrèrent de façon statistiquement significative les relations entre le nombre et l'intensité des événements de vie individuelle, et la probabilité de maladies pouvant survenir dans un futur proche. C'est ainsi que le stress quotidien intense a été relié aux conséquences somatiques suivantes : mort soudaine à la suite d'attaque cardiaque, accidents divers, blessures sportives, tuberculose, leucémie, diabète, toute la gamme de plaintes médicales mineures, etc. De même des résultats dépassant les 300 sur l'échelle de Holmes et Roche ont été associés à des symptômes de maladies nerveuses et mentales.

21. T. H. Holmes et R. Rahe, The Social Readjusment Rating Scale, J. Psychosomat Res., 11 : 213-218, 1967.

Tableau II. — **Echelle de Holmes et Rahe, 1967**

| | | |
|---|---|---|
| 1 | Décès du conjoint | 100 |
| 2 | Divorce | 73 |
| 3 | Séparation conjugale | 65 |
| 4 | Emprisonnement | 63 |
| 5 | Décès d'un proche dans la famille | 63 |
| 6 | Maladie ou accident personnel grave | 53 |
| 7 | Mariage | 50 |
| 8 | Licenciement professionnel | 47 |
| 9 | Reprise de vie commune | 45 |
| 10 | Mise à la retraite | 45 |
| 11 | Changement grave dans la santé ou le comportement d'un proche | 44 |
| 12 | Grossesse | 40 |
| 13 | Difficultés sexuelles | 39 |
| 14 | Arrivée d'un nouveau membre dans la famille | 39 |
| 15 | Réadaptation professionnelle importante (fusion, faillite) | 39 |
| 16 | Changement financier important (en pire ou en mieux) | 38 |
| 17 | Décès d'un ami intime | 37 |
| 18 | Changement de genre de travail | 36 |
| 19 | Changement notable dans le nombre de discussions avec le conjoint (en plus ou en moins, sur l'éducation des enfants, les habitudes, etc.) | 35 |
| 20 | Prise d'hypothèque (ou achat d'une habitation, d'une affaire, etc.) | 31 |
| 21 | Saisie d'un bien hypothéqué ou soumis à un emprunt | 30 |
| 22 | Changement notable de responsabilité professionnelle | 29 |
| 23 | Départ du foyer d'un enfant | 29 |
| 24 | Difficulté avec la belle famille | 29 |
| 25 | Réussite personnelle exceptionnelle | 28 |
| 26 | Epouse commençant ou cessant un emploi hors du foyer | 26 |
| 27 | Début ou fin d'un cycle de scolarité | 26 |
| 28 | Changement majeur de l'environnement | 25 |
| 29 | Changement d'habitudes personnelles | 24 |
| 30 | Difficulté avec l'employeur | 23 |
| 31 | Changement d'horaires ou de conditions de travail | 20 |
| 32 | Changement de domicile | 20 |
| 33 | Changement d'établissement scolaire | 20 |
| 34 | Changement dans l'emploi ou la durée des loisirs | 19 |
| 35 | Changement dans les activités paroissiales | 19 |
| 36 | Changement dans les activités avec les autres | 18 |
| 37 | Contracter un achat à crédit (télévision, voiture, etc.) | 17 |

| | | |
|---|---|---|
| 38 | Changement d'heures de sommeil | 16 |
| 39 | Changement dans le nombre des participants aux réunions de famille | 15 |
| 40 | Changement notable des habitudes alimentaires | 15 |
| 41 | Vacances | 13 |
| 42 | Noël | 12 |
| 43 | Infractions mineures à la loi | 11 |

Source : Holmes T. H. Rahe R. H. , The Social Readjustement Rating Scale, J. of Psychosom., Res., 11, 213-218, 1967.

Toutes ces recherches ont fini par poser problème, à savoir la signification à accorder à la relation entre le nombre et la nature des événements et les maladies consécutives. Tous les auteurs semblent oublier que, compte tenu de la taille importante de l'échantillon étudié (plus de 2 000 personnes), presque toutes les relations sont statistiquement significatives. Toutes les premières études sur le stress ne comprennent pas d'information sur le coefficient de corrélation, et quand elles en comportent (par exemple l'étude de Rahe sur la Marine U.S.) celui-ci est inférieur à 0,30. Dans d'autres recherches celui-ci est de 0,12; en d'autres termes les événements de la vie quotidienne comptent pour environ 10 % de la variance du début de la maladie, et, par conséquent, *on ne peut pas conclure que ces résultats sont des prédicteurs effectifs de la probabilité d'une maladie future.* L'autre problème que pose cette approche est celui de l'erreur possible relative au fait qu'un événement donné et la maladie consécutive puissent être imputés au même phénomène. Selon Hudgens, 29 des 43 items de cette échelle sont souvent des symptômes ou des conséquences de maladies et représentent de la sorte des sources possibles de biais. Par ailleurs il semble que cette échelle fasse abstraction des systèmes sociaux venant au secours des individus et augmentent de ce fait leur résistance psychique face au stress, diminuant la probabilité de maladies graves. On peut conclure, au vu des plus récentes recherches, qu'il

existe une certaine relation entre les événements modifiant la vie quotidienne des individus et le début de maladies mentales nerveuses et somatiques, mais il est préférable d'approfondir la question en introduisant les circonstances dans lesquelles sont survenus ces changements; circonstances pouvant avoir des effets majeurs ou mineurs dans le déclenchement des maladies.

## IV. — Les facteurs individuels et sociaux de résistance au stress

Certains individus soumis à des événements stressants, que nous avons passés précédemment en revue, sont atteints de maladies chroniques et de désordres mentaux, alors que d'autres ne le sont pas. Il va sans dire que les sources de stress ne peuvent pas expliquer, à elles seules, le déclenchement de maladies, et que d'autres facteurs doivent être pris en considération, à savoir les caractéristiques de la situation stressante, les qualités psychologiques et biologiques des individus, et bien entendu les complétant, les caractéristiques des systèmes sociaux agissant comme barrières protectrices des individus.

1. **Les caractéristiques de la situation stressante.** — Les caractéristiques des « stresseurs » ou « agents stressants», associées avec le déclenchement des maladies, sont relatives à *leur intensité*, à *leur dimension*, à *leur durée*, à leur «*non-prédictabilité* » et, enfin, à leur « effet de nouveauté ».

L'intensité est mesurée par les variations des changements perçus dans sa situation personnelle ou dans l'environnement global de la société. Des études de la perception de tels changements par des étudiants d'université américaine (échantillon de 678 personnes) établissent une corrélation positive entre le changement perçu dans l'environnement social et le niveau d'anxiété et de

stress mesuré par l'échelle d'anxiété[22]. Le niveau d'anxiété était encore plus élevé lorsque le changement perçu n'était pas désiré, et celui-ci était encore plus élevé lorsque le changement social avait des conséquences sur la vie individuelle. La dimension des événements stressants, c'est-à-dire leur «grandeur» appréciée à partir de situations stressantes perçues comme moyennes ou normales, a un effet certain (par sa durée) sur les altérations physiologiques et psychologiques individuelles. Des études longitudinales sur les survivants des camps de concentrations (Horowitz, 1976); (Eitinger, 1971) indiquent que, dans ces environnements extrêmes, il y a une correspondance linéaire entre la dimension ou l'importance de l'agent stressant et les maladies aiguës ou chroniques entraînées par celui-ci. Chez les survivants de camp de concentration en Norvège, on a trouvé que 12 à 15 ans après la fin de la 2ème guerre mondiale, 33 % de l'échantillon étudié présentait des troubles mentaux. Les taux de mortalité de prisonniers américains internés au Japon étaient de 60 % plus élevés que ceux des prisonniers internés en Allemagne. Les maladies survenues après la guerre chez tous ces survivants affectaient tous les organes, et les causes des décès étaient soit des cancers, soit des accidents, soit la tuberculose. Les mauvais traitements physiques, la malnutrition, et les brutalités psychologiques avaient laissé des séquelles profondes; dans de tels contextes, psychisme et biologie sont à ce point fusionnés qu'il est difficile de différencier leurs effets. Les conséquences biologiques et psychiques sur les êtres humains d'événements stressants dans des «environnements extrêmes» se retrouvent à la suite de désastres naturels; tremblements de terre, etc.; de plus une autre conséquences biologique a été remarquée chez les survivants d'Hiroshima, à savoir un vieillissement

22. R. LAYER, R., Rate of change and stress : a test of the «Future Shock» Hypothesis Social Forces, 52, 510-516, 1974

prématuré : en moyenne de 15 à 20 ans de plus que l'âge actuel. Toutes ces recherches aboutirent aux conclusions suivantes :

1) toutes les personnes exposées à des situations de stress intenses et de longue durée ne regagnent jamais leur état antérieur de bien être physique, biologique et psychique;

2) toutes les personnes soumises à des menaces durables sur leur vie, et, quelles que soient leurs caractéristiques psychologiques, sont projetées dans un univers où seul prédomine la réaction biologique profonde et universelle de la vie individuelle.

La durée d'un événement stressant est variable dans ses effets : dans certains cas une expérience brève mais intense peut avoir un effet déyastateur, analogue à celui causé dans les situations de stress durable. Un taux très élevé de perturbation nerveuse et mentale fut constaté chez les aviateurs des bombardiers britanniques de la 2ème guerre mondiale après 30 sorties.

Les événements imprévisibles ont plus d'effet sur les personnes que les événements anticipés mentalement. Très tôt, dans les années 50, l'étude des patients en chirurgie, révèle que certains patients, par manque d'information, présentaient plus de perturbations émotionnelles et nerveuses après les opérations que ceux qui y étaient préparés. En dernier lieu «l'effet de nouveauté» accroit l'impact des situations stressantes (par exemple les expériences de privations sensorielles). Dans le cas où tous les agents stressants agissent simultanément ou en séquence, un effet de «surcharge» se manifeste et quel que soit la résistance de l'organisme, même une faible surcharge peut avoir des conséquences dramatiques.

2. **Les caractéristiques psychiques et biologiques individuelles et l'environnement social.** — Des caractéristiques de l'événement stressant, les chercheurs passè-

rent à l'étude des caractéristiques de la personne en pensant qu'il était difficile de prévoir les conséquences d'un événement si l'on ignorait les traits de caractère de sa personnalité. Les comportementalistes américains, surtout B.P. Dohrenwend et B.S. Dohrenwend[23], établissent que la perception du stress par les individus dépendait de deux grandes catégories de variables : 1) les facteurs personnels tels que les seuils de sensations biologiques et psychologiques, l'intelligence, la capacité verbale, le type de personnalité, les dépenses psychologiques, l'expérience passée, et un certain sens de maîtrise de son propre destin; 2) les facteurs externes tels que âge, niveau scolaire, revenu, occupation professionnelle, etc. Pour eux les individus dotés de plus de qualités, de qualification et de ressources que les autres sont plus adaptés à faire face aux situations stressantes. Quand on en vient à l'analyse du type de personnalité face au stress et à sa vulnérabilité possible, on franchit une limite méthodologique qui a été développée beaucoup plus par les psychosomaticiens[24] (Alexander, Dunbar et aujourd'hui l'Institut de Psychosomatique de Paris) que par les comportementalistes.

Aussi les chercheurs se sont-ils orientés vers les caractéristiques de la personnalité pouvant induire dans le long terme certaines maladies somatiques. Les recherches les plus connues en la matière ont été celles consacrées aux maladies coronaires et aux personnalités dites de type «A» dont les caractéristiques : agressivité, ambition, esprit de compétition, «drogué» du travail, pressé par le temps, etc. étaient retrouvées chez de nombreuses personnes atteintes de maladies cardiaques.

D'autres chercheurs découvrirent qu'une des variables critiques de résistance au stress étaient la capacité de réponse émotionnelle. C'est ainsi que, seuls les prison-

23. B. S. Dohrenwend and B.P., Stressfull Life Events, New York, Wiley, 1974.

24. Cf. Chapitre III sur les approches psychoémotionnelles au stress.

niers de guerre américains, possédant une certaine «distance émotionnelle» avec leur vécu quotidien, avaient mieux résisté que leurs camarades de détention. Le seuil d'anxiété ou d'angoisse peut être plus ou moins élevé selon les individus, et par conséquent les individus les plus vulnérables seront ceux ayant un niveau très faible de résistance à l'angoisse. Il a été, par ailleurs, suggéré que la vulnérabilité au stress pouvait changer selon la source de stress.

Mais on ne peut considérer la résistance d'un individu indépendamment de son environnement. Dans l'équation du stress la position sociale qu'un individu occupe dans une communauté influence sa vulnérabilité au stress. Le stress est réduit pour tous ceux impliqués dans un réseau social qui agit à l'instar de la protection maternelle individuelle, comme un bouclier protecteur. Toute rupture de liens avec son milieu ouvre la porte aux faiblesses individuelles : l'isolation sociale, la marginalité sociale et l'absence de statut. Il est maintenant établi par exemple que le taux de mortalité des veufs dans la première année de deuil est de 40 % plus élevé que celui des hommes mariés du même âge (échantillon de 4.500 personnes).

En conclusion, on peut dire que de très nombreux changements sociaux majeurs et individuels peuvent accroître la vulnérabilité au stress des populations et des individus. Toutes les recherches effectuées jusqu'à ce jour ont permis de déterminer, grâce à un certain nombre de variables, quelles étaient les populations à risque, donnant ainsi la possibilité aux autorités politiques de mettre en œuvre des politiques de prévention. Par contre ces recherches n'ont pas conduit à établir avec précision les risques encourus individuellement sauf dans le cas de personnalité dite de type «A». Les approches dites psychosomatiques semblent très prometteuses grâce à leur diagnostic de sujets à haut risque; enfin très récemment les chercheurs ont mis à jour de nombreux mécanismes biochimiques du stress.

CHAPITRE II

# STRESS ET VIE PROFESSIONNELLE

Le stress professionnel a fait l'objet de la plupart des recherches des 30 dernières années. Pour convaincre les entreprises et les organisations publiques des conséquences de ce phénomène sur la santé psychique et physique individuelle, ces milliers de chercheurs ont tenté d'évaluer le « coût du stress » tant pour les entreprises que pour la société globalement. Ils ont d'abord choisi les professions à haut risque comme thème privilégié afin de démontrer l'utilité de telles recherches en étendant progressivement à d'autres professions leurs centres d'intérêt. La dimension féminine ne pouvait être absente de ces travaux compte tenu de la part croissante des femmes dans l'économie des sociétés industrielles développées. Quel est, en vérité, le coût humain du succès et de l'efficacité de ces sociétés ? Toutes ces recherches posent, en dernier lieu, le problème de leur méthodologie, et, par conséquent, de leur fiabilité.

## I. — Le coût du stress

Le stress a un prix, et les sociétés industrielles l'ont ignoré jusqu'à présent, ou, tout au moins, ont comptabilisé dans les statistiques de la santé, un certain nombre de maladies qui sont aujourd'hui regroupées, par les spécialistes du stress, sous le titre générique de « maladies causées par le stress ». Ce sont pour les maladies principales : l'alcoolisme, les maladies coronaires et les

principaux troubles de la santé mentale : dépression, anxiété....

En Grande-Bretagne le « Centre d'Etude Economique de la Santé » estimait en 1986 que chaque année 1,8 milliard de £, était consacré aux dépenses causées par l'alcoolisme dans l'industrie : 641,51 millions de £ pour absences dues aux maladies, 567,70 millions pour décès prématurés, etc.). L'Organisation Mondiale de la Santé publiait des statistiques indiquant que la Grande-Bretagne figurait avec la Finlande, l'Ecosse et l'Irlande parmi les pays en tête des décès dus aux maladies cardiaques. Les Etats-Unis, le Japon, l'Autriche et la Norvège commencent à montrer des déclins dans ces taux pour la première fois depuis le début du siècle, dus principalement à l'introduction de programmes de gestion du stress récemment mis en œuvre dans l'industrie.

Le coût du stress a été évalué à 3 % du PNB des Etats-Unis, c'est la prise en considération de dépenses équivalentes au montant du déficit annuel de la balance des paiements qui a poussé les chefs d'entreprise américains à agir. En effet, premièrement les coûts de santé des employés de l'industrie obéissaient à une spirale ascendante, deuxièmement, les coûts de l'assurance individuelle avaient augmenté de 50 % dans les deux dernières décennies, et la contribution des employeurs de 140 %. On estimait de plus que les employeurs dépensaient annuellement 700 millions de dollars pour remplacer les 200 000 hommes âgés de 45 à 65 ans qui, soit décédaient à la suite de maladies coronaires, soit étaient handicapés par les séquelles de ces maladies. Dans les pays à système de sécurité sociale nationale, c'est, en dernier lieu, le contribuable qui paie le coût du stress.

Une autre source croissante de coût pour les entreprises nord-américaines sont les procès intentés par les employés « stressés » à leurs employeurs. Les premiers procès datent de 1970, il y en a environ 3 000 par an à

l'heure actuelle. Le Code du Travail de l'Etat de Californie établit maintenant le droit à tout travailleur de recevoir des indemnités pour toute maladie causée par des « activités traumatiques physiques ou mentales ».

Le coût du stress au travail est excessivement élevé pour les travailleurs et leurs familles. Aux Etats-Unis 12 % des congés maladies sont dus à des maladies cardio-vasculaires; en Grande-Bretagne un rapport ancien du Ministère de la Santé (1986) établissait qu'environ 22,8 millions de jours avaient été perdues en raison de troubles psychiatriques ou d'ordre psychologiques. Ce sont toutes ces études sur l'absentéisme et les congés maladies pour causes diverses qui représentent une lourde charge pour les sociétés industrielles évaluée à 3 % du PNB (certains pensent que ce chiffre est sous-estimé).

La question de coût semble être encore très négligée par les décideurs; ainsi les accidents et incidents techniques survenant au travail sont responsables d'une perte de chiffre d'affaires d'environ *4* % dans l'industrie métallurgique française. En France, le coût des cotisations d'assurances est proportionnel au taux d'accidents de l'entreprise par rapport au taux moyen d'accidents dans la branche d'activités considérée. On a calculé que les dégâts matériels dus à des accidents ou incidents coûtent dix fois plus que les blessures de personnes.

On peut dire en bref à l'échelle macroéconomique de la collectivité nationale que, lorsque des travailleurs, employés et cadres sont inactifs (services hospitaliers, services sanitaires et sociaux, indemnités de chômage, etc.), il y a perte d'impôts sur le revenu, et le budget national doit alors couvrir le déficit des cotisations sociales. Ces coûts considérables font l'objet de prélèvement sur le Produit National Brut, et pèsent sur les coûts et le pouvoir d'achat, ce qui à terme pénalise la compétitivité des entreprises.

La constatation de ces coûts de santé et leurs consé-

quences sur le revenu global, ont été à l'origine de nombreuses études sur le stress professionnel dans de très nombreuses professions. On doit reconnaître que pour plus de 90 % d'entre elles, ces études sont effectuées pour l'instant dans les pays anglosaxons.

## II. — Le stress professionnel : recherches et résultats

Les études sur le stress professionnel semblent presque toutes suivre la même démarche méthodologique, à l'exception de la démarche clinique individuelle : élaboration d'un questionnaire listant les sources de stress selon une étude d'environnement professionnel préalable, un questionnaire médical de santé (y compris la dimension mentale et psychique), et un questionnaire évaluant le degré de satisfaction professionnelle[1]. Passons à présent en revue, à titre d'exemple, l'expérience de stress de professions à haut risque, et/ou de professions particulièrement stressantes.

1. **Le stress des pilotes de l'aviation commerciale.** — La plupart des recherches dans ce domaine avaient porté jusqu'à présent sur les facteurs ergonomiques de l'environnement des pilotes. Dans les années 60 Aitken[2] avait déjà trouvé que 71 % des pilotes militaires souffraient de stress. Les recherches récentes ont pris comme thème : la prédisposition de la personnalité au stress et les événements de la vie; c'est ainsi qu'Alkow et Borowsky[3] ont suggéré que les pilotes militaires sujets aux accidents

1. Cf plus loin une étude épistémologique de la pertinence de ces questionnaires.

2. R. C. B. Aitken, Prevalence of worry in normal aircrew., Br J. of Psychology, 42, p. 283-286, 1969.

3. R. A. Alkow, M. S. Borowski, A questionnaire study of psychological background factors in US Naval aircrafts accidents. Aviation Space Env. Med. 51, 1980.

avaient tendance à éviter toute manifestation de leur vie émotionnelle, reflet de conflits psychiques, dont la non-résolution pouvait les conduire en dernier lieu à un comportement auto-destructif accompagné de dépression. La recherche de Cooper et Sloan[4], la plus récente en la matière, avait pour objectifs d'identifier les sources professionnelles et familiales du stress des pilotes; les événements de la vie civile (naissance, mariage, deuils..), les comportements développés face au stress, et les facteurs prédictifs de l'insatisfaction au travail, de la santé psychique déficiente et de la performance des pilotes. Un échantillon représentatif de 442 pilotes fut sélectionné : tous les pilotes étaient de sexe masculin, âgés de 21 à 60 ans, mariés pour 87,3 % d'entre eux, dont 48 % des épouses travaillaient, et qui demeuraient chez le présent employeur depuis au moins 13 ans. Les résultats des analyses de régression multiples sont les suivants :

A) Les pilotes à haut risque, et donc enclins, à de mauvaises performances, étaient parmi les plus âgés, ils avaient moins d'heures de vol que le nombre d'heures qu'ils auraient aimé avoir, ce qui, à leurs yeux, reflétait une perte de statut organisationnel; ils étaient très angoissés par la fréquence des contrôles de vol, et cela se traduisait par de la fatigue lors des vols. Cette catégorie de pilotes recevait peu de soutien moral de leurs familles, de leurs amis et de leurs collègues. L'instabilité psychologique et une vie familiale appauvrie sont à cet égard une prédicteur significatif de dépression profonde.

B) Dans cette profession comme dans d'autres professions au niveau de l'exercice de responsabilités, les pilotes ressentent le besoin d'autonomie, de pleine res-

4. C. L. Cooper, S. Sloan, Occupational and Psychosocial Stress among commercial Aviation, Journal of Occupational Medicine, Vol. 27, n° 8, August 1985.

ponsabilité et de participation à la prise de décision; ces besoins semblent fondamentaux pour leur équilibre psychologique et leur santé.

En dehors de cet important travail de Cooper et Sloan, un autre auteur Reinhardt[5] suggère que les pilotes sujets aux accidents sont des individus plus enclins aux comportements, qui passent facilement à l'acte plutôt que de verbaliser leurs frustrations et conflits, et dont le comportement d'échec et d'erreur envahit tous les aspects de la vie : personnels, sociaux et familiaux.

D'autres chercheurs ont révélé que 45 % de tous les accidents aériens étaient dus aux erreurs de pilotes causées par quatre facteurs : la fatigue, l'environnement ergonomique, l'excès de travail (dans lequel on doit inclure les longues heures de vols de nuit, le sommeil irrégulier, etc.) et enfin les problèmes familiaux.

2. **Le stress des travailleurs off-shore des industries extractives de pétrole et de gaz.** — Les études de stress avaient surtout considéré les populations de cadres et autres professions libérales, rarement les travailleurs d'industrie à haut risque. Les travailleurs off-shore des industries pétrolières sont un bon exemple à cet égard : leur environnement de travail est dangereux, socialement isolant, et facteur de fragilité psychique. Environ 34 000 personnes sont employées sur les plateformes pétrolières en Mer du Nord. Bien que les conséquences d'un tel mode de vie n'aient pas encore été étudiées, le nombre d'accidents et la détresse morale de ce type de travailleurs sont un sujet de préoccupation pour les dirigeants. L'étude parue dans le « Journal of Occupational Medicine » en Février 1987 porte sur 742 hommes âgés de 20 à 50 ans, 61 % mariés, 26 % ayant plus de 5 ans

5. R. G. Reinhardt, Accident proneness in aviation. Texas Med. 62 : 75-78, 1986.

d'expérience off-shore. Ils sont soumis à deux rythmes de travail, l'un de 7 jours de travail suivi de 7 jours à terre; l'autre de 14 jours, la durée du jour de travail étant de 12 heures. 24 % des travailleurs de l'échantillon étudié ont été victimes d'accidents du travail; plus spécialement cette population à haut risque présentait un « comportement de type A », c'est-à-dire un comportement caractérisé par un sentiment d'urgence du temps, de l'impatience, un esprit de compétition, une explosion de la parole, une hypertension, un désir de réussite poussé à l'extrême...

Pour ce groupe de travailleurs, les personnes à haut risque ont peu ou pas de soutien de leur milieu familial; et sont sujets à des crises d'angoisse dues à leur isolement; il est proposé, à cet égard, de constituer des équipes de travail afin de rompre cet isolement. Le comportement de type A a été une des révélations de cette recherche : puisqu'il apparaît comme un facteur de vulnérabilité des travailleurs. Les chercheurs ne savent pas si ce type de personnalité est attiré par ce type d'industrie, ou si ce type d'industrie provoque, par son climat organisationnel particulier, ce comportement de type A ou renforce certains traits de caractère pré-existants. De plus, ils suggèrent que les dirigeants de cette industrie attachent plus d'importance aux conditions de vie et d'habitat sur les plateformes (chambres individuelles par exemple) et de travail (modifier les rythmes de travail et les périodes de rotation).

3. **Le stress des personnels des centres nucléaires.** — Le personnel, qui travaille dans les laboratoires dit « chauds », c'est-à-dire soit en zone contrôlée, soit en zone active, imposant au personnel des conditions de limite de la durée du travail, ou le port d'une tenue spéciale, est soumis à des charges non radio-actives qui tiennent soit à l'environnement du travail (chaleurs, éclairage

et ventilation artificiels, dépression atmosphérique, bruits, vibrations) soit à la nature des tâches (boîte à gants, manipulation, travail en scaphandre, ou en combinaison étanche). La fatigue qui résulte de ces tâches constitue le prix à payer pour être protégé contre les rayonnements et les contaminations radio-actives. Des études très importantes citées par P. Bugard[6] dans son livre sur Stress, Fatigue et Dépression ont été faites par Ely, Lalu et Trappet[7] (Centre de Cadarache) et Sivadon et Fernandez[7]. Ces études sont anciennes et à la différence des anglo-saxons ne nous permettent pas de catégoriser les personnels à haut risque. Sur 1.421 personnes d'un centre nucléaire de la Région Parisienne, 415 sujets travaillent en zone contrôlée. La morbidité sur 4 ans est de 12 jours environ (y compris maladies et accidents du travail, et s'il semble que les mesures de protection paraissent efficaces, le travail en laboratoire chaud pose le problème de la fatigue. Les nuisances physiques et chimiques réelles (niveaux sonores et températures élevées) ainsi qu'une déssication de l'atmosphère) dans des lieux hermétiquement clos et un environnement artificiel créent de la fatigue accompagnée d'angoisse. La fatigue est liée au travail et à son environnement : enfermement dans une enceinte close, irritation nasale, de la trachée et des conjonctives, température trop élevée (30° C...), gêne occulaire, nuisances sonores (parfois 900 dBA), odeurs, travail en boite à gants et télémanipulations perturbant l'image du corps du travailleur, manipulation de produits dangereux et coûteux...

Ce travail en milieu clos fait naitre des fantasmes de nature chez ce personnel particulier; ils veulent « voir le temps qu'il fait », « avoir des fenêtres », et ils apprécient les jardins, massifs et autres pièces d'eau du centre, et

6. Cf. bibliographie.

7. Cité par Bugard in Stress, fatigue, dépression, ed. Doin, Paris, Chapitre XII p. 200-208, 1974.

recherchent les activités de plein air. Le contact avec un environnement atomique induit aussi des craintes fantasmatiques de donner naissance à des monstres, ou bien tel l'apprenti-sorcier déclencher des catastrophes. La fatigue particulière des travailleurs des centres nucléaires semble préfigurer les symptômes des sociétés du futur, la recherche en la matière doit être approfondie.

**4. Le stress dans certaines professions de santé.**

A) *Le stress des dentistes.* — Différentes recherches entreprises dans les années 70 et 80 aux Etats-Unis par l'Association des Dentistes Américains (ADA) indiquent que les causes de mortalité de cette population étaient dues aux maladies cardiaques dont le taux était plus élevé que celui de la moyenne de la population; il fallait ajouter aux maladies cardiaques (surtout coronaires), les maladies respiratoires et aussi un important taux de suicide de cette catégorie professionnelle, classée 3° dans les populations à haut risque. Parmi les nombreuses sources de stress incriminées, on doit souligner (Kimmel[8], 1974) les critiques constantes dont ceux-ci font l'objet; surtout le fait que le dentiste est considéré comme une personne qui inflige des souffrances, ce rôle de persécuteur sadique est très mal vécu. A la suite des déclarations inquiétantes de l'Association Américaine des Dentistes, une recherche fut entreprise sur le stress des Dentistes Californiens; 150 dentistes âgés de 27 à 73 ans furent interviewés. Les résultats de cette enquête montrent que les aspects les plus stressants de cette profession sont les relations avec les patients difficiles et les tensions induites par un emploi du temps trop chargé. Le dentiste à haut risque est de type anxieux, instable émotionnellement, ce qui le rend vulnérable lorsqu'il est face à des patients difficiles ou traverse des périodes de faible activité. Il semble que ces découvertes relatives aux « faiblesses » de certains

8. K. Kimmel, The expectations of the dentist, Int. Dent. J, 24, 356, 1974.

dentistes ne soient pas acceptées consciemment par ceux-ci. Ils ne se rendent pas compte (refoulement conscient ou inconscient) des tensions émotionnelles causées par leurs relations avec les patients difficiles et par leur rôle de dispensateur de souffrance à leurs patients en général. Au contraire des affirmations des Drs Friedman[9] et Rosenman sur les caractéristiques du comportement de type A, donc sujets aux maladies coronaires, les personnalités et comportements des dentistes de cet échantillon ne semblaient pas suivre ce modèle, révélant plutôt des personnalités anxieuses et instables émotionnellement. En dernier lieu, l'activité professionnelle cyclique des dentistes, dont le chiffre d'affaires passe par des phases de baisse, constitue un autre facteur important de stress, à cause de ses conséquences, sur le revenu personnel et familial.

B) *Le stress des infirmières.* — les manifestations des infirmières dans plusieurs pays occidentaux sont l'indice d'une profession à haut risque de stress. La difficulté d'approche du problème réside dans l'hétérogénéité des situation de stress : plusieurs catégories d'hôpitaux, et plusieurs catégories d'infirmières; à ces dimensions on doit ajouter le fait que cette profession est à majorité féminine. L'exercice de leur profession provoque chez les infirmières des crises d'angoisse, ce qui les conduit à diminuer leurs services aux patients; ces affirmations trop générales ne peuvent décrire une situation professionnelle, il est préférable d'envisager les sources de stress de cette profession et leurs effets.

L'activité elle-même est la première source de stress liée à l'insuffisance d'effectifs et donc à la surcharge de travail; la nature des tâches en elle-même désagréable puisque l'infirmière s'occupe du corps des patients : sang, urine, vomi, odeurs..., tout cela dans un environne-

9. Cf. Bibliographie.

ment où la tristesse peut devenir le climat organisationnel dominant. L'insuffisance d'équipements de certains services et un faible stock de médicaments peuvent être une autre source de tension; de même les heures de travail qui les isolent du rythme de la vie de la société, la rotation des équipes, la faible rémunération, et l'absence de vie privée sur le lieu de travail. L'incertitude des situations à affronter (urgences, etc.) et la responsabilité des infirmières envers les malades (service de nuit par exemple) sont à l'origine d'un taux élevé d'absentéisme. La relation avec les malades accroit l'anxiété des infirmières; ce qui est en jeu dans cette relation, ce sont les différences locales, culturelles, des traits de caractère (patients plus ou moins dociles), auxquelles il faut ajouter la pression des familles et des amis pour améliorer la qualité des soins. Le problème se complique lorsque nous introduisons les différentes étapes de la maladie et plus particulièrement sa phase finale : la mort. Les recherches de Kubler-Ross[10] (1969) nous indiquent les 5 étapes que traversent les malades : le déni et l'isolement, la colère, la négociation, la dépression et l'acceptation. Chacune de ces étapes est une source potentielle de stress pour l'infirmière. Nicole Aubert[11] dans « Le stress professionnel » (1989) nous parle de « Simone » surveillante d'un service d'urgence : « dans les services normaux, les patients agonisants sont dans leurs chambres... tandis qu'en réanimation, c'est très enfermé, vous êtes là, constamment avec ça sous les yeux.... Et la mort est toujours présente ». Cette présence constante de la mort provoque chez l'infirmière un stress permanent par son agression constante et quotidienne. Enfin, à toutes ces sources la relation au corps médical est à considérer, avec son cortège de frustrations : non-communication du diagnostic,

10. E. Kubler-Ross, On death and dying, MacMillan, New York, 1969.
11. Cf. Bibliographie.

peu ou pas d'aide dans la confrontation avec les parents et amis, désaccord avec le traitement proposé par le médecin, etc. Le statut professionnel et social de cette catégorie de personnel à haut risque de stress doit être sérieusement revu dans les prochaines années sous peine de dégradation totale du service.

5. **Le stress des dirigeants.** — Les dirigeants d'entreprise sont une catégorie professionnnelle particulièrement vulnérable; ceux-ci paient un prix élevé pour le succès économique de leur organisation. Une recherche de J.B. Stora[12] en 1985 sur les dirigeants français des entreprises les plus compétitives montre que 46 % (échantillon de 700 personnes) des personnes interrogées souffrent d'un stress élevé; ce sont les responsables d'entreprises privées de 501 à 1 000 personnes qui sont les plus stressées, la situation de célibataire étant considérée comme un facteur aggravant. Le tableau symptomatique révèle une prédominance de troubles cardio-vasculaires, gastriques et de troubles du sommeil, le tout accompagné d'asthénie. Pour lutter contre leur frustration et leurs tensions permanentes induisant anxiété et/ou somatisations, les dirigeants ont recours aux boissons alcoolisées (43,15 % de l'échantillon) et surtout aux somnifères (17,4 %) et tranquilisants (14,5 %). Il est important d'indiquer que, par comparaison avec les cadres de dix autres pays (Cooper 1984) cette consommation semble élevée, c'est probablement le prix du risque.

Les sources de stress nous font découvrir toutes les composantes de l'activité de stratège de ces dirigeants : mise en œuvre de la stratégie (faire face aux crises, vaincre les résistances aux changements, arbitrer les conflits entre directeurs, être seul convaincu de la décision à prendre...), négocier et convaincre, promouvoir et

12. Cf. questionnaire en fin de chapitre, référence ci-dessus.

gérer les carrières, surtout à certains niveaux hiérarchiques de la Direction : concurrence entre collègues pour accéder au pouvoir, sentiment élevé de sa propre valeur, etc. en bref nous pouvons ramener ce type de stress au pouvoir et à l'exercice de l'autorité. La nature particulière de cet environnement peut favoriser ou renforcer les traits de caractère du comportement de type A, reflété dans les statistiques élevées de troubles cardio vasculaires. L'enquête a abouti à distinguer deux grands profils de stratèges d'entreprise : 1) les stratèges faiblement stressés, tirant un bénéfice narcissique de leur exercice professionnel qui, ainsi, les valorise et les protège des frustrations inhérentes à leur activité; 2) les stratèges fortement stressés qui se heurtent quotidiennement au pouvoir hiérarchique immédiat des stratèges de 1er niveau ce qui accroît leurs frustrations, réactive des conflits œdipiens, et développe en eux un sentiment d'impuissance.

### III. — Les femmes face au stress

Dans la plupart des pays occidentaux le rôle de la femme a changé radicalement; les nécessités économiques combinées à l'influence des mouvements de défense des femmes ont poussé et encouragé celles-ci vers la vie active professionnelle ainsi qu'à aspirer à gravir les échelons des organisations, en d'autres termes à faire carrière (et non plus à avoir un salaire de complément de celui de leurs maris ou compagnons). De plus en plus de jeunes femmes pénètrent sur le marché du travail; aux USA par exemple 23,6 % des cadres et employés sont des femmes, et 18,8 % en Grande Bretagne, dans les secteurs professionnels tels que commerces de détail, restaurants et autres services. Plus on s'élève dans la hiérarchie de l'organisation et moins il y a de femmes : 8,3 % des postes de Direction sont occupés par des femmes en

Angleterre. Tous les sondages des dix dernières années indiquent que les femmes pensent encore qu'il y a de grandes difficultés à faire carrière dans le management. Travaillant dans un monde dominé par les hommes, les femmes cadres d'entreprise sont soumises à des pressions et à des tensions sur leurs lieux de travail très supérieures à celles de leur collègues masculins. En plus des sources de stress ayant pour origine leurs familles et leurs maisons, les femmes en entreprise ont des problèmes spécifiques : tensions induites par le rôle de la femme-alibi organisationnelle, sentiments d'isolement, tensions causées par les préjugés sexuels, discriminations de la part de leurs collègues masculins et plus généralement frustrations causées par le climat et la culture de l'organisation. Avant d'aborder cet ensemble de points, il est nécessaire de traiter des stress plus spécialement associés avec la physiologie de la femme révélant ainsi la complexité du problème, et le lourd poids porté par les femmes dans les sociétés post-industrielles.

1. **Le syndrome du stress des femmes.** — Parmi les nombreuses études sur le stress, celle du Dr Georgia Witkin-Lanoil[13] semble faire autorité. Dans une approche globale au problème du stress des femmes elle signale les symptômes suivants : aménorrhée, tensions prémenstruelles, maux de tête, dépression post-partum, mélancolie et dépression de la ménopause, vaginisme, frigidité, anorgasme, stérilité, etc. A ces troubles on peut ajouter certains autres qui sont plus fréquents chez les femmes : anorexie, boulimie, névrose d'angoisse et psychose dépressive. Les femmes sont donc soumises à deux grandes catégories de stress : l'une liée à leur identité biologique, l'autre à leur exercice professionnel.

La fonction de reproduction est à l'origine du syndro-

13. Cf. Bibliographie.

me du stress féminin : menstruation, grossesse et ménopause à différentes étapes de la vie ponctuent les troubles organiques et psychiques induits par les modifications du corps et de la physiologie.

Les tensions prémenstruelles avec leur cortège de symptômes : irritabilité, colère, maux de tête, troubles du sommeil, ... ont été longuement étudiées dans les vingt dernières années, et toutes ces recherches confirment ce que les femmes ont toujours su, à savoir qu'il s'agit d'un phénomène réel et non imaginaire; disons où la part du psychisme humain joue un rôle complexe dans le phénomène global. Selon le Dr Sharon Diamond du Collège Médical du Mont Sinaï[14], le stress aggrave les symptômes prémenstruels de transpiration et de changements de température. Les changements d'humeur sont fréquents pendant ces périodes et de nombreux médecins recommandent, à l'échelle mondiale, des tranquillisants ainsi que des antipostaglandaires. Le stress prend plus d'ampleur lorsque le sujet n'a de soutien émotionnel ni sur son lieu de travail, ni chez elle. Il va sans dire qu'aucune de ces recherches n'aborde le vécu émotionnel des premières règles et des réactions ou de l'absence de réaction ou de préparation maternelle.

Les changements du corps de la femme et l'activation psychique des craintes de perte de séduction sont liés à la grossesse; ces changements sont accompagnés de nouveaux comportements relatifs à la protection de la santé de la mère : alcool, cigarettes à supprimer si possible et certains médicaments à prendre régulièrement. De plus les modifications hormonales produisent certains troubles que les maris mettent sur le compte de maladies imaginaires ce qui risque d'accroître le stress des femmes enceintes. Le cadre financier et temporel change lui aussi : de nombreuses dépenses induites par la gros-

14. Citée par le Dr Witkin-Lanoil.

sesse ne sont pas prises en charge par la sécurité sociale ou par des caisses d'assurances, des incertitudes pèsent sur le déroulement futur de la carrière professionnelle, cette incertitude du futur accroît le stress dans la mesure où tout semble lié à la date de l'accouchement. Qu'arrivera-t-il après cette date ? De nombreuses femmes l'ignorent. Si certaines femmes ont étudié la reproduction au lycée et à l'université, ou suivi des classes d'initiation à l'usage des futures mères, la plupart n'ont jamais étudié la MATERNITÉ ! Dans les pays occidentaux où la famille est de plus en plus réduite au couple parental, l'environnement des anciens n'est plus présent pour initier la jeune mère. Les craintes peuvent finir par habiter de façon permanente la future maman : crainte d'avortement (si telle a été son expérience jusqu'à présent), crainte d'avoir un bébé malformé, des douleurs de l'accouchement, d'une possible césarienne, etc. crainte enfin de devenir une MERE.

Après la naissance de l'enfant, de 20 % à 65 % des femmes se plaignent de dépression (postpartum). Séparée de son mari et de sa famille, sauf pendant les heures de visite, elle l'est aussi de son bébé qu'elle ne voit que pendant les périodes d'allaitement; la nouvelle mère se sent isolée, vulnérable, et de retour à la maison elle doit faire face à encore plus de stress qu'avant l'accouchement. Elle peut vivre difficilement sa « perte de liberté », de mobilité, et surtout les sentiments ambivalents de sa maternité.

C'est en atteignant la phase de ménopause que les médecins, et l'environnement social, acceptent la dimension des changements physiologiques des femmes; les changements d'humeur et de comportement sont à cette phase critique induits par des modifications du corps de la femme. La baisse d'estrogène et de progestérone a un effet graduel sur tous les tissus; le système vasculaire doit s'adapter au changement et les « bouffées de chaleur »

vécues par environ 2/3 des femmes à leur ménopause sont un des symptômes marquants avec la sécheresse des tissus du vagin (il en résulte parfois des rapports sexuels douloureux). Environ 40 % des femmes sont aussi sujettes à l'ostéoporose. Les phénomènes psychologiques habituels sont l'anxiété et la dépression liées à la baisse de niveau hormonal.

Le stress lié au vieillissement, ou à la sensation de vieillir et de perdre sa séduction, peut se conjuguer avec les diverses manifestations physiologiques décrites, et faire entrer certaines femmes dans un cercle vicieux de manifestations physiologiques (bouffées de chaleur, etc.) et de manifestations psychologiques aggravées. La perte de contrôle sur son corps crée de l'angoisse et la sensation de menace s'accroît. Tous ces stress sont programmés dans le corps de la femme, la réaction psychique dépendant alors de l'histoire personnelle, familiale et sociale de celle-ci.

2. **Le stress de la femme au travail**[15]. — Près de 90 % de la population féminine des pays occidentaux travaille ou travaillera à certaines périodes de sa vie, grâce à un certain nombre de facteurs. Le contrôle des naissances permet aux femmes de planifier dans une certaines mesure leur destinée de mère de famille; la technologie de la cuisine et de la maison (appareils et conditionnement des aliments) ont réduit considérablement le temps passé à des activités ménagères; la différence des sexes discriminant les femmes dans certaines professions : militaire, pompier, etc. a été réexaminée sous un jour nouveau; l'inflation et la récession des sociétés postindustrielles ont rendu nécessaire le revenu des femmes, et deux salaires permettent à une famille de survivre aux diffi-

15. J. Davidson Marilyn, L. Cooper Cary, Executive Women under pressure, Int. Rev. of Applied Psy., Sage, London, Vol. 35, p. 301-326, 1986.

ciles épreuves des grèves et chômage. La situation des familles a, elle aussi, évolué; le taux de divorce est aujourd'hui de 50 % et les femmes ne peuvent plus vivre comme des mères de famille au foyer à vie. Les femmes divorcées doivent travailler pour assurer la survie de leurs foyers (enfants à charge) et leur indépendance. Enfin le nombre de plus en plus élevé de célibataires, du au report dans le temps de l'âge de mariage, et l'importance de faire une carrière ont renforcé l'idée d'autonomie personnelle et financière des femmes.

Les études statistiques consacrées au stress des femmes cadres, quel que soit leur niveau hiérarchique, et, dans le nouvel environnement socio-économique décrit ci-dessus, démontrent que les femmes dans l'organisation sont soumises à des tensions (cf. modèle de stress « occupationnel » Tableau III) beaucoup plus élevées que les managers-hommes. Les seize sources de stress citées, à savoir celles relevant des tâches, de la femme-alibi, du développement de la carrière professionnelle, et des relations de travail, sont associés directement aux préjugés et à la discrimination sexuelle, en d'autres termes une minorité sexuelle dans un monde du travail dominé par les hommes.

Nous devons ajouter des considérations de démographie du travail liées à la différence des sexes, car les femmes occupent pour la première fois des postes à responsabilité, mais à un niveau hiérarchique et un salaire inférieurs à celui des hommes à compétence égale ou supérieure. En bref, les tensions subies par les femmes-cadres au travail sont induites par des sources sur lesquelles elles ne peuvent agir puisqu'elles relèvent de la discrimination.

Dans la sphère sociale et domestique, les femmes-cadres reconnaissent que le stress élevé est induit par les conflits épouse/déroulement de carrière, et les conflits carrière/vie familiale. Les femmes-cadres ne bénéficient

pas encore du soutien de leurs partenaires. Au niveau individuel les femmes-cadres ont « un comportement de type A » plus fréquent que les hommes-cadres et adoptent un style de management plus rigide lorsqu'elles exercent l'autorité. Pour lutter contre les effets émotionnels les femmes-cadres ont recours comme les hommes d'ailleurs, mais avec certaines nuances cependant, aux

Tableau 3. — **Un modèle de stress « occupationnel » des femmes-cadres**

| DOMAINE DU TRAVAIL | DOMAINE DE LA MAISON ET ENVIRONNEMENT SOCIAL | DOMAINE INDIVIDUEL | CONSEQUENCES DU STRESS | |
|---|---|---|---|---|
| ***Facteurs démographiques***<br>Niveau hiérarchique inférieur<br>Bas salaire<br>Peu d'années de travail à plein temps<br>Profil de travailleur avec un cursus discontinu<br>Interruption pendant de nombreuses années<br>Etre la première à occuper un titre cette position<br>Entreprise de grande taille<br>***Facteurs inhérents au travail***<br>Voyages d'affaires effectués seule<br>Rôle stéréotypé imposé aux femmes<br>Pressions exercées pour performance<br>***Développement de la carrière***<br>Discriminations sexuelles dans les promotions / pas de perspectives de carrière<br>Pas de formation adéquate comparée aux hommes<br>La hiérarchie gère mal les femmes<br>***Relations de travail***<br>Les hommes ont des difficultés de relations avec les femmes au travail<br>Vivre au quotidien les préjugés sexuels<br>Vivre comme une minorité au quotidien<br>Absence d'encouragement des supérieurs | Quelques enfants<br>Salaire plus élevé que le conjoint ou partenaire<br>Dépendants (autres qu'enfants) vivant au domicile<br>Absence de soutien psychologique à la maison<br>Conflits de responsabilités associés aux charges domestiques et développement de la carrière<br>Calibataire exclue des évènements et manifestations sociales<br>Conflit de déroulement de carrière :<br>se marier / vivre avec quelqu'un, fonder une famille | ***Comportement***<br>Style de management moins souple<br>Comportement de type A (scores élevés) | ***Symptômes psychosomatiques***<br>Nervosité<br>Maux de tête<br>Fatigue<br>Difficulté à se lever le matin<br>Pleure facilement<br>Cauchemars<br>Ne mange pas<br>Demande à être seule<br>Epuisement nerveux | ***Performance au travail***<br>Manque de confiance à défendre son point de vue<br>Incapable de réussir<br>Incapable de faire face à des situations de conflits<br>Réactions trop émotionnelles aux problèmes de travail<br>Manque de confiance en soi pour accomplir les tâches<br>Incapable de faire face dans des situations de compétition |

Source : M.J. Davidson and C.L. Cooper, Occupational stress in female managers : a comparative study, Journal of Management Studies, 21,2, p. 190-191, 1984.

cigarettes, aux boissons alcoolisées et aux compensations alimentaires pour se détendre. A la différence des hommes, les femmes exerçant des responsabilités sont plus nerveuses, se plaignent de maux de tête fréquents et reconnaissent faire des erreurs; elles se plaignent aussi du manque de communication dans l'organisation et surtout d'être peu ou pas consultées dans la prise de décision. Les femmes sujettes au comportement de type A sont en plus grand nombre parmi les jeunes cadres et les cadres de niveau intermédiaire dans l'entreprise : c'est parmi ces jeunes cadres surtout que se fait jour l'impatience, l'esprit de compétition, les défis induits par la responsabilité et les sentiments d'être sous pression permanente.

La discrimination sexuelle accroît et active ce type de comportement, car les femmes sont obligées d'avoir des performances supérieures aux hommes, si elles souhaitent faire carrière, être bien évaluées, et progresser dans l'organisation. Elles doivent souvent reporter dans le temps leurs projets de fonder une famille. Le coût humain est élevé puisque, toutes ces tensions sont accompagnées de troubles du sommeil, de nervosité, de sentiments de fatigue, de difficultés à se lever le matin, de désir d'isolement; toutes ces femmes sont aussi de « grands fumeurs », et avec le temps se plaignent d'avoir des difficultés à influencer leurs subordonnés, à faire face aux situations conflictuelles, et à se valoriser dans des situations où la concurrence est grande.

Les femmes cadres, présentant un profil de haut risque de stress, sont sur leurs lieux de travail soumises à de très fortes tensions induites par un excès de tâches à accomplir, conjuguées aux difficultés liées à leur rôle d'exercice de l'autorité. Dans leurs foyers, ces femmes ne reçoivent pas d'aide morale et matérielle de leurs partenaires. Parmi ces femmes, celles qui fument et boivent en excès des boissons alcoolisées sont celles qui ont des salaires élevés et qui doivent combattre avec acharne-

ment pour se frayer une voie vers les sommets de la hiérarchie de l'entreprise.

Les recommandations de tous les chercheurs en la matière sont de pousser les entreprises à prendre conscience des problèmes des femmes cadres menant une « double carrière », dans l'entreprise et dans leurs foyers, en transformant l'environnement organisationnel et les processus de décision de l'entreprise. En vérité ces graves problèmes doivent recevoir des solutions en combinant l'action du gouvernement, des entreprises et des organisations sociales, dans le cas contraire les femmes continueront à payer un prix élevé pour faire carrière dans les entreprises.

## IV. — Méthodologie des études sur le stress professionnel[16]

Des dizaines de milliers d'études ont été consacrées au stress professionnel, et depuis le travail de recherche pionnier de Kahn[17] en 1964 les méthodologies ont évolué, de même que les traitements statistiques utilisés. Il semble que les recherches se soient concentrées sur quatre principaux domaines : 1) les problèmes de définition et de mesure du stress, 2) le stress lié au déroulement de la carrière professionnelle, 3) le stress lié aux interrelations travail/famille et 4) le rôle joué par l'environnement social et familial dans la prévention du stress.

1. **La définition et la mesure du stress.** — Dans la plupart des recherches le stress est mesuré en termes de « demande » de l'environnement à l'égard de l'individu, et en termes de réponses négatives de l'individu aux

16. B. Holbrook Morris, J. Ryan Michael, Modelling Decision Specific Stress : some Methodological Considerations; Administrative Science Quaterly, 27, p. 243-258, 1982.

17. Cf. ci-dessus Kahn et alii, ibidem.

demandes externes. Il s'agit d'un modèle très simplifié du fonctionnement psychique individuel. Certains, comme Selye, avaient évoqué « l'EUSTRESS » ou bon stress, en insistant sur la satisfaction qu'un individu peut tirer d'une tension extérieure; or ce type de satisfaction est rarement évoqué sinon mesuré. Ainsi Payne[18] avait trouvé dans une de ses études que, sur les 43 items de son questionnaire, 9 avaient été considérés comme très satisfaisant par les interviewés. En vérité le problème est plus complexe sur le plan psychique puisque la dimension masochique de satisfactions induites par des pressions externes peut être réactivitée renvoyant à des problématiques plus profondes de l'inconscient humain. Pour corriger cette approche relative à un excès de demande de l'environnement professionnel causant un stress élevé, des auteurs ont préféré substituer à l'analyse statistique par corrélation des modèles statistiques plus sophistiqués telles que l'analyse multidimensionnelle des données (analyse vectorielle, etc.). Mais quelle que soit la méthode statistique utilisée le problème majeur de l'élaboration du questionnaire reste en suspens. Nous abordons ici la question de la validité de l'échantillon, du possible oubli de certaines sources de stress ou de l'insistance non justifiée sur certaines autres sources. En vérité, il y a une relation entre les sources de stress et l'évolution de la société. Les recherches des années soixante avaient été faites dans un contexte de prospérité économique alors qu'il en allait différemment à la fin des années 70 et dans les années 80; par conséquent, les biais statistiques peuvent être considérables lorsqu'on utilise un questionnaire standard inadapté à l'évolution de l'environnement économique et social. L'utilisation actuelle de « grilles de stress » peut être la méthode la plus adéquate puisqu'elle prend en considération la multidimensionalité des problèmes, en

18. Cf. ci-dessus ibidem.

fournissant une mesure continue des nouvelles sources de stress possible.

2. **Le déroulement de la carrière professionnelle.** — Les questionnaires sont encore trop généraux et n'incorporent pas les trois grandes étapes signalées par les chercheurs de sciences sociales : 1) l'entrée et l'établissement dans la carrière; 2) l'avancement et 3) le maintien dans la carrière. A chacune de ces étapes les sources de stress sont différentes. Dans les premières années les jeunes cadres ont besoin de sécurité, d'acceptation et de reconnaissance, afin de s'établir dans l'organisation. Ce processus de socialisation organisationnel peut s'accompagner de frustrations et de tensions, déterminant plus tard le comportement du jeune cadre. Dans la deuxième étape de sa carrière, le cadre est préoccupé par sa promotion et ses projets personnels de cheminement dans l'organisation. Les sources de stress sont alors reliées à l'obtention de promotion, à la lutte dans l'organisation et aux tensions induites par le sacrifice affectif de l'épouse ou époux en vue de la réussite professionnelle. Dans la troisième étape, les frustrations inhérentes au déroulement de la carrière, les craintes d'être dépassé par les nouvelles méthodes de gestion et les changements technologiques, les attitudes négatives à l'égard de l'organisation, dominent l'univers mental et psychique des managers. Les recherches en la matière n'examinent pas les interrelations entre les étapes de la carrière, les sources de stress et les compétences, pour la santé individuelle.

3. **Les relations travail/famille.** — Jusqu'à présent tous les travaux ont considéré la famille comme un lieu de refuge et de soutien émotionnel; le terme de « contrat secret » de l'épouse à l'égard de son mari est souvent évoqué. Les recherches sur les milieux familiaux des managers sont rares et il semble que les relations sont

plus complexes que ne le disent les chercheurs. Pour expliciter la nature de ces relations on peut avancer trois hypothèses : 1) interrelations des événements où toute modification d'un milieu a des conséquences sur l'autre milieu; 2) phénomène de compensation, où un individu tente de rechercher sur le plan affectif dans un environnement ce dont il manque dans l'autre environnement; 3) les deux environnements sont censés ne pas avoir d'effets l'un sur l'autre : dans ce cas nous sommes inquiets pour la santé du manager vivant émotionnellement une situation clivée.

Toutes les études ont négligé ces hypothèses ou les ont traitées de façon schématique; la dimension féminine évoquée plus haut a été fort peu abordée, mais le peu d'études existant révèlent que la relation travail/famille est une source de stress majeur pour les femmes-cadres. Des études longitudinales permettraient d'éclaircir la nature des corrélations milieu familial/milieu professionnel; des études récentes indiquent que les événements quotidiens de la vie familiale et individuelle ont peu d'incidence sur la vie professionnelle; d'autres, au contraire, insistent sur le fait que les événements quotidiens peuvent causer de l'angoisse et/ou de la dépression, et, par conséquent affecter l'équilibre psychique individuel sur les lieux de travail.

4. **L'environnement social comme source de prévention du stress.** — L'environnement social, composé des supérieurs, des collègues, et de la famille, peut aider à réduire le stress et les tensions psychologiques. Certaines recherches indiquent que les sources de soutien émotionnel ont peu d'effets sur les variables physiologiques; à cet égard[19] les modèles explicatifs des interrelations psyché/soma sont encore dans leur enfance et ce type de

19. Chapitre IV : Biochimie et maladies du stress.

## Tableau IV. — Le stress des cadres et dirigeants d'entreprise et d'organisation

I. SOURCES ET INTENSITE DU STRESS :

Quels sont les facteurs qui sont pour vous une source de stress ? Pour mesurer l'intensité du stress, entourez d'un cercle le chiffre de votre choix sur l'échelle du stress : 0 et 1 (pas de stress), 2 et 3 (stress), 4 et 5 (beaucoup de stress).

| | pas de stress | | stress | | bcp de stress | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Réunions du Conseil d'Administration | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Convaincre les membres du Comité Directeur | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Elaborer une stratégie d'entreprise | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Mettre en oeuvre les décisions importantes | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Réformer les structures organisationnelles | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Arbitrer les conflits entre structures | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Arbitrer les conflits entre membres de la Direction | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Faire face aux critiques des Directeurs | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Faire face aux critiques des syndicats | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Faire face aux crises | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Vaincre les résistances aux changements | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Se sentir seul convaincu de la décision à prendre | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Imposer des décisions | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Consulter beaucoup trop de personnes avant de prendre une décision | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. surcharge de travail | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. insuffisance de travail | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Source : J. B. Stora, Cahier de Recherche du Groupe HEC, CR 270/1985, 1985.

## II. ETAT GENERAL

| | SOUVENT | PARFOIS | JAMAIS |
|---|---|---|---|
| 60. Est-ce-que la vie vous semble trop difficile ? | ! 1 ! | ! 2 ! | ! 3 ! |
| 61. Eprouvez-vous de l'inquiétude ? | ! 1 ! | ! 2 ! | ! 3 ! |
| 62. Eprouvez-vous des sensations de picotement ou de démangeaison dans votre corps, vos bras ou vos jambes | ! 1 ! | ! 2 ! | ! 3 ! |
| 63. Eprouvez-vous des difficultés à respirer, des sensations d'étouffement ? | ! 1 ! | ! 2 ! | ! 3 ! |
| 64. Eprouvez-vous des sensations d'étourdissement ? | ! 1 ! | ! 2 ! | ! 3 ! |
| | fortement | plus ou moins | jamais |
| 65. Pensez-vous que vous êtes une personne anxieuse ? | ! 1 ! | ! 2 ! | ! 3 ! |
| 66. Ressentez-vous une grande fatigue ? | | | |
| . en vous levant le matin ? | 1 ! | | |
| . au cours de la journée ? | 2 ! | | |
| . en fin de journée ? | 3 ! | | |
| | souvent | parfois | jamais |
| 67. Vous sentez-vous épuisé ? | ! 1 ! | ! 2 ! | ! 3 ! |
| 68. Traversez-vous de longues périodes d'abattement, de tristesse ? | ! 1 ! | ! 2 ! | ! 3 ! |
| 69. Avez-vous des cauchemars qui continuent à vous troubler à votre réveil ? | ! 1 ! | ! 2 ! | ! 3 ! |
| | un rôle plus important | le même rôle | un rôle moins important |
| 70. Quel rôle joue la sexualité dans votre vie actuelle par rapport au passé ? | ! 1 ! | ! 2 ! | ! 3 ! |

recherches ne révèlent que des corrélations faibles entre les variables ce qui ne signifie pas qu'elles n'existent pas; le problème doit être reformulé. De plus la nature du soutien émotionnel est à mettre en relation avec les différentes étapes de la carrière professionnelle; les aides émotionnelles et affectives recherchées ne sont pas les mêmes lorsqu'on est en début ou en fin de carrière. Les chercheurs ont de plus négligé de prendre en considération la nature du milieu organisationnel et familial. Dans le cas d'un milieu organisationnel chaleureux, convivial, la communication est facilitée, par exemple milieux de vente, marketing, etc.; de même dans les familles où les composantes culturelles et de civilisation incitent à s'ouvrir aux autres, et à parler. On sait que la culture anglo-saxonne protestante a un impact particulier sur la parole; elle invite plutôt au silence dans les cas de chocs émotionnels ou de vécus émotionnels traumatiques. En dernier lieu les recherches ne considèrent que l'aspect émotionnel ou psycho-affectif, en omettant les soutiens pratiques que l'environnement social et économique peut apporter aux individus pour améliorer leurs situations, par exemple familles monoparentales, situations de personnes en crise, relogement des familles et améliorations de l'environnement organisationnel. Le stress professionnel a encore un long chemin scientifique à parcourir.

CHAPITRE III

# LES RÉACTIONS PSYCHO-ÉMOTIONNELLES AU STRESS : APPROCHES THÉORIQUES

L'homme a toujours eu l'intuition que l'angoisse, les heures interminables et les conditions de travail, les incertitudes et les menaces du futur, les conflits individuels, pouvaient provoquer des maladies somatiques et psychiques. La société post-industrielle caractérisée par la rapidité du changement technologique, la complexité croissante des tâches et ses conséquences organisationnelles, la mobilité géographique avec ses astreintes sur la vie familiale, a pesé lourdement sur le fragile équilibre mental et biologique des êtres humains soumis à des tensions émotionnelles et à des frustrations.

## I. — Les réactions psycho-émotionnelles au stress et leur instance de régulation

Les individus font face quotidiennement à des attaques de diverse nature, des pertes, des frustrations, et des menaces évoquant des conséquences redoutées. Les sentiments et émotions liées à ces différents facteurs externes du stress peuvent remettre en question « l'homéostase » individuelle.

Le terme d'homéostase, bien établi en physique, chimie et physiologie a été étendu aux phénomènes psycho-

logiques et sociologiques. Von Bertalanffy[1], théoricien des systèmes, a défini une théorie des organismes incluant les êtres vivants et la matière inerte. Il y a, dit-il, une tendance universelle vers une économie de l'énergie grâce au principe de constance globale. Cellules animales, végétales et cités, peuples et planètes semble être gouvernés par un équilibre homéostatique. Von Bertalanffy fait une distinction entre systèmes fermés et systèmes ouverts; les systèmes ouverts concernant plus les organismes vivants. Ceux-ci semblent être conduits par des forces biologiques reliées à la croissance, à la reproduction et à la sénescence, qui modifient sans cesse le niveau d'homéostase et les limites de leur organisation.

Cette tendance à l'homéostase implique la réalisation d'un équilibre optimal entre les instincts de vie et de croissance poussant le système ouvert vers une intégration de plus en plus poussée, et les instincts de mort induisant une désintégration psycho-biologique de l'organisme.

Le gouvernement de la personnalité humaine, que les psychanalystes appellent « ego », est une agence de synthèse et de régulation; tous les mécanismes décrits par S. Freud correspondent à ceux décrits par Wiener[2] en termes de feedbacks et de servomécanismes. Cette instance de coordination et de synthèse est dotée de fonctions complexes lui permettant de percevoir et d'apprécier la réalité, ce qui implique accès aux souvenirs conscients, préconscients et inconscients.

C'est en tenant compte des événements externes et internes que le Moi est capable d'apprécier les situations de stimulation excessive ainsi que les gratifications insuffisantes des besoins instinctuels.

1. Von Bertalanffy, L. Modern Theories of Development, London, Oxford University Press, 1933.

2. Wiener N., Cybernetics, Control and Communication in the Animal and the Machine, Cambridge : Technology Press, 1948.

En résumé, la principale fonction du Moi est de maintenir l'équilibre des deux sous-systèmes intégrés que sont le système physiologique et psychique des êtres humains, qui sont eux-mêmes intégrés dans l'ensemble plus complexe de la personnalité. Le Moi est donc de façon continue sous la pression des demandes instinctuelles, des besoins somatiques et des menaces et autres demandes excessives en provenance de l'environnement. Le Moi est soumis au stress, et il est important d'examiner quels sont les mécanismes utilisés pour faire face aux tensions psychoémotionnelles.

1. **Les mécanismes de régulation du stress de la vie quotidienne.**

A) Pour remédier aux légères tensions quotidiennes, psychologues et psychanalystes rappellent comment chaque mère agit avec son enfant : présence physique rassurante, mouvements rythmiques de tapotement et de balancement, voix rassurante, etc. ; c'est cette façon de recevoir l'amour pour calmer les angoisses du nourrisson que l'adulte recherchera plus tard dans les relations amicales et sociales (vie associative par exemple).

B) Le sentiment de frustration induit par certaines situations peut conduire à renforcer l'amour de soi par la recherche de l'approbation d'autrui en adoptant temporairement un comportement régressif infantil. Pour obtenir cette gratification, on peut être contraint de contrôler ses ressentiments et ses craintes, prix à payer pour obtenir un relâchement de la tension.

C) Rire, pleurer et jurer sont une autre façon de décharger les tensions soit à ses propres dépens soit aux dépens d'autrui. Ces manifestations émotionnelles et physiologiques ont pour fonction de restaurer et de préserver l'équilibre mental individuel : atteint de spondylharthrite

ankylosante, l'écrivain Norman Cousins décrit dans son livre « Anatomie d'une maladie » comment le rire lui assurait un sommeil sans souffrance grâce aux films des Marx Brothers qu'il regardait à longueur de journée dans sa chambre d'hôpital.

D) Le retrait émotionnel dans un sommeil excessif ou inhabituel semble être une voie empruntée par certains pour faire face aux difficultés, retrouvant ainsi un repos. Il va s'en dire qu'il n'en est pas de même chez tous les individus, qui, eux, réagissent par des troubles du sommeil.

E) Verbaliser son émotion, se confesser, prier sont des recettes éprouvées de décharge des tensions liées à des conflits interpersonnels dans sa famille ou sur son lieu de travail. Cette verbalisation permet d'arriver à la formulation de nouveaux points de vue, et des tensions mineures peuvent disparaître uniquement en formulant à haute voix son problème. Des résultats, mêmes spectaculaires en la matière, ne doivent pas faire oublier que des mécanismes psychiques plus complexes sont en jeu, et que, le relâchement de la tension est alors temporaire.

F) « Intellectualiser » son problème est un mécanisme fréquemment utilisé, qui peut procurer une certaine satisfaction liée au fait d'exposer son problème. Deux écueils sont à éviter en la matière, à savoir soit « ruminer » son problème en attendant sa solution, ce qui conduit à un mode de pensée obsessionnel, soit rationaliser, c'est-à-dire donner une explication qui nous satisfait momentanément sans pour autant satisfaire la réalité des faits.

G) Agir pour changer le cours des événements à l'origine du stress met en œuvre les mécanismes neuro-musculaires de décharge de l'énergie agressive. Mais

Tableau V. — **Les mécanismes de régulation du stress quotidien.**

| | |
|---|---|
| 1 - Recherche de la présence maternelle<br>2 - Renforcement de l'amour de soi par approbation d'autrui<br>3 - Rire, pleurer, jurer<br>4 - Retrait émotionnelle dans un sommeil excessif inhabituel<br>5 - Verbaliser ses émotions, se confesser, prier<br>6 - Intellectualiser le problème<br>7 - Comportement d'action / Décharge des tensions : jouer, travailler, faire du sport<br>8 - Activités de fantasmatisation<br>9 - Décharges corporelles des tensions par le biais des fonctions somatiques : uriner, déféquer, manger, fumer, boire de l'alcool | Les différents types d'angoisse<br><br>1 - L'angoisse devant un danger réel<br>2 - L'angoisse automatique, réactivation d'un état de détresse biologique effectivement vécu dans les premiers mois de la vie<br>3 - L'angoisse, signal d'alarme, résidu de l'angoisse automatique, déclenche les mécanismes de régulation du moi<br>4 - L'angoisse de castration, conflit névrotique interne |

LES MECANISMES DE REGULATION DU STRESS : NIVEAUX DE DESORGANISATION

| Niveaux de désorganisation | Régulation satisfaisante | Mise en oeuvre de mécanismes de régulation homéostatique satisfaisants (cf. ci-dessus 1 - 9 |
|---|---|---|
| 1 et 2 | Urgence | Zone de mise en oeuvre de mécanismes temporaires et d'urgence (cf. niveau 1 et 2 des mécanismes de régulation du stress majeur |
| 3 | Désorganisation | Désorganisation du Moi, évènements traumatisants temporaires ou permanents (niveau 3) |
| 4 | | Dommages de façon semi-permanente de la fonction du Moi. Répudiation de la réalité, états délirants, hallucinations... |
| 5 | Mort | Phase d'épuisement, mort |

Etats de désorganisation

Source : J.B. Stora (1990) à partir des travaux psychanalytiques et psychosomatiques.

l'action, qui est pour certains une autre façon de « dire », comporte des risques plus élevés que penser ou parler. Le danger de se lancer dans des activités incessantes menace hommes et femmes d'action et/ou les individus ne s'exprimant que par des comportements. Jouer, travailler

et faire du sport sont des modes de sublimation de l'énergie en excès et la façon idéale de « neutraliser » les pulsions agressives.

H) L'action fantasmatique, au contraire de l'activité de penser, de verbaliser et de travailler, peut être indépendante de la réalité. Tout est possible en imagination : critique, attaque, etc. et le résultat d'un tel mécanisme est de diminuer ou d'absorber la charge agressive. L'activité onirique, dont « l'interprétation des rêves » de S. Freud décrit le fonctionnement, facilite la baisse de tension psychique interne.

I) En dernier lieu, il semble (pour des raisons que nous développerons plus loin) que l'excès de tension trouve un débouché au niveau du corps. Des phénomènes tels que uriner, déféquer fréquemment, trop manger ou manger très vite, fumer et boire de l'alcool, avoir une activité sexuelle accrue, peuvent être considérés comme des décharges somatiques dont les individus sont plus ou moins conscients, mais auxquels ils ont « recours » quotidiennement

Tous les points décrits ci-dessus sont des mécanismes d'urgence que le Moi met en œuvre pour faire face à des situations causant des perturbations mineures du niveau d'homéostase (cf. Tableau V).

2. **Les mécanismes de régulation du stress majeur.** — Dans les cas où les menaces, frustrations et difficultés s'accroissent, les fonctions de régulation homéostatique du Moi sont de plus en plus sollicitées, et par conséquent celui-ci est obligé de faire appel à des mécanismes de plus en plus complexes. Le Dr. Karl A. Menninger[3], dans

3. Menninger Karl (A.), Psychological aspects of the organism under stress, Communication au Congrès de l'American Psychoanalytic Association, Cincinnati, Ohio, May 1951.

une communication à la Société Psychanalytique Américaine dans les années cinquante, a développé un modèle des différentes réactions du Moi, lorsque les mécanismes de réponse au stress quotidien sont défaillants.

A) *Les mécanismes de régulation du premier niveau.* — Une des premières conséquences de la faillite des mécanismes habituels de régulation est la sensation d'inconfort liée aux efforts de concentration intellectuelle et de contrôle de soi. Il semble que le pouvoir de contrôle sur soi est mis en échec, et pour compenser et maîtriser ce phénomène les individus essaient de le faire disparaitre par *hyper-suppression*. Lorsque les personnes accroissent leur réticence et prévention à l'égard d'autrui, et que leur attitude générale semble se rigidifier sous des apparences de force, c'est une *hyper-répression* qui est à l'œuvre. L'état de vigilance, l'irritabilité, et la distraction qui provoquent souvent des insomnies sont un indice d'*hyper-vigilance*. Très proche de l'hyper vigilance, l'état *hyper-émotionnel* décrit la limite possible de certaines manifestations : « rires hystériques », attaque de rage, irascibilité, susceptibilité, le tout accompagné parfois de dépression (souvent liée à des deuils récents), et de comportement compulsif de suractivité masquant un déguisement ou un déplacement d'attaques agressives. L'utilisation d'énergie en quantités de plus en plus grandes dans des ruminements de la pensée est un indice d'*hyper-compensation* de même que l'envahissement de la réalité quotidienne par la formation de rêves éveillés prenant la place de l'activité normale. Enfin les réactions somatiques telles que palpitations cardiaques, nausées, diarrhées, troubles de la sexualité, le tout accompagné d'angoisse, permettent, à leur manière de relâcher la tension. Tous ces processus sont consommateurs d'énergie et causent de la fatigue.

B) *Les mécanismes de régulation de deuxième niveau.* — Les mécanismes d'équilibre homéostatique de deuxième niveau ont pour caractéristique un détachement partiel de la réalité, que ce soit celle de personnes aimées, craintes ou haïes. En effectuant ce retrait sur une ligne de défense abandonnant le principe de réalité, le Moi sacrifie certaines fonctions essentielles à une vie normale.

a) Le retrait de la réalité par dissociation est réalisé par des modifications internes des états de conscience : évanouissement, périodes amnésiques... retraits passagers d'une réalité qui ne tarde pas à faire retour. Un tel retrait peut être accompagné de sensations d'étrangeté, et même de dépersonnalisation; il est important de comprendre que sur le plan clinique ce mécanisme, bien qu'améliorant la situation pénible du sujet, n'a pas résolu pour autant sa souffrance.

b) Le retrait de réalité par « déplacement » : dans ce cas, la souffrance psychique provient d'un attachement insuffisant à la relation objectale, et attribuant des intentions menaçantes à l'objet, le Moi des individus projette ses propres intentions agressives sur une personne, qui bien qu'innocente, va servir de débouché aux pulsions agressives. Il peut aussi s'agir de phases alternantes de déni de réalité et d'acceptation de celle-ci. L'individu traversant de telles phases semble adopter une attitude de provocation qui pousse son entourage proche, déçu par une telle attitude, à un comportement qui est un mélange d'amour et de punition.

c) L'utilisation de symboles est courante dans la vie psychique; il est ainsi possible d'utiliser le verbe, des rituels et d'autres modalités en lieu et place de la formulation inconsciente de l'intention de détruire. Il est préférable de maudire quelqu'un que de le tuer. Le recours à des actes compulsionnels qui ont pour but d'apaiser la conscience est une autre modalité psychique de même

que des actes de pyromanie (acte moins culpabilisant que la masturbation) ou de kleptomanie.

Tous ces actes qui représentent d'une certaine façon un détachement de la réalité constituent une tentative de gestion de pulsions dangereuses par le biais de solutions « magiques ». Certaines formes de perversion, qui n'affectent pas de violence destructive, peuvent contribuer à diminuer la tension agressive liée en l'occurence à l'Eros. Une autre modalité est celle du sacrifice, par le choix du moindre mal : l'immolation, comme dans les cas du martyr, l'automutilation, ou bien l'exploitation de toutes les occasions de recourir à des opérations chirurgicales, ou le recours plus ou moins conscient à des accidents qui provoquent la mutilation. La toxicomanie, les affections hypochondriaques, la simulation d'affections somatiques comme dans les syndromes de conversion, l'exploitation psychologique d'affections somatiques, permettent aux individus, contre un prix élevé, d'établir un équilibre entre les forces conflictuelles de la réalité, des pulsions, et de la conscience. Enfin, il ne faut pas oublier que les réactions psychologiques au stress sont accompagnées dans tous les cas de réactions physiologiques, dont certaines sont indépendantes du système psychique, et dont d'autres lui sont reliées. Le problème est plus complexe et sera abordé lors de l'analyse des théories psychosomatiques.

Tous les mécanismes de régulation du stress de premier et de deuxième niveau sont des mécanismes temporaires et d'urgence, le Moi ne les considèrant pas comme des acquisitions permanentes, bien que souvent il en soit ainsi : par exemple, si, à la fin d'une journée décourageante, un homme prend un ou quelques verres d'alcool, on ne peut considérer cette pratique comme un symptôme. Si, par contre, cela devient un impératif quotidien, de sorte que les autres satisfactions sont sacrifiées, alors cela devient un symptôme. De telles formations de symptômes accroissent les charges de fonctionnement du Moi; elles éliminent les satisfactions, accroissent les sentiments de culpabilité, et diminuent l'estime de soi. Cette formation symptomatologique conduit dans certains cas à l'incorporation du symptôme dans le système psychique et apparaît alors comme un élément de la structure de caractère.

C) *Les mécanismes de régulation de troisième niveau.* — L'émergence incontrôlable de pulsions instinctuelles dangereuses, induites par le stress, peut aboutir à une rupture du Moi ou plus spécifiquement, à une « désorganisation du Moi »[4]. Les sujets sont confrontés à deux types d'événements traumatisants : soit des événements durant une très longue période de temps, soit des événements épisodiques, ponctuels et récurrents. Les réactions à de tels événements relèvent de la violence homicide ou d'explosions de rage incontrôlées. Cette rage peut se retourner contre les individus et se terminer par des suicides ou des auto-mutilations. La rupture de l'organisation du Moi peut aussi se refléter dans une sexualité violente telle que viols et perversions sexuelles.

Les convulsions de toute nature représentent un mode brutal et soudain de décharge d'énormes quantités d'énergie, exprimées par des contractions musculaires et l'oblitération de la conscience.

D) *Les mécanismes de régulation de quatrième niveau.* — La rupture désorganisatrice du Moi peut être de nature irréparable de telle sorte que l'instance de régulation soit épuisée ou endommagée de façon semi-permanente. Dans ce cas le Moi semble se détacher de la réalité pour faire retraite. La destruction est accomplie sous la forme d'une totale répudation de la réalité, qui s'accompagne de perturbations des relations interpersonnelles jusqu'à la séparation des projets d'amour pour aboutir dans les cas extrêmes à ce que E. Jones appelait « aphanisis » (disparition du désir sexuel).

La désorganisation peut atteindre des niveaux de plus en plus profonds de l'appareil psychique jusqu'à parvenir à des états délirants, hallucinatoires, etc. psychotiques. La fuite hors de la réalité représente encore un mode de sau-

4. Voir plus loin la théorie du Dr Pierre Marty de l'Institut de Psychosomatique de Paris.

vegarde de l'organisme encore que nous sommes presque parvenus au niveau zéro de désorganisation de la fonction psychique, décrit par la littérature psychiatrique : états maniaques, mélancolie, stupeur, épileptiques, comportements incohérents accompagnés de trouble de la parole, état paranoïdes... Tous ces états et symptômes sont des reflets de la désorganisation de la fonction psychique. C'est à ce prix que la catastrophe finale de la dissolution de l'appareil psychique est évitée.

E) *Les mécanismes de régulation de cinquième niveau.* — Les instincts de mort ou en d'autres termes les forces de désorganisation, accompagnées d'une énergie de destruction considérable, peuvent conduire, en dernier lieu, l'être humain au bord de l'épuisement et à la mort[5].

La description des mécanismes de régulation du stress, qu'il soit majeur ou mineur, nous a conduit, pour des raisons didactiques, à l'exposé de très nombreux niveaux de désorganisation de la fonction du Moi, en tant qu'instance de régulation de l'homéostase. La vie psychique est faite de ces mouvements lents ou rapides d'organisation et de désorganisation régulés par le Moi[6].

## II. — **Les différentes approches théoriques du stress**

Des chercheurs travaillant indépendamment dans les domaines médicaux et psychologiques ont, depuis près d'un siècle, accumulé suffisamment de preuves, pour révéler le rôle de la vie émotionnelle dans la genèse des maladies.

Deux approches conceptuelles fondamentales ont été

5. Ce 5e niveau peut correspondre à la phase 3 décrite par Hans Selye, le père du stress. Cf. plus loin phase 3 de Selye.

6. Notre approche est fortement inspirée par la théorie et la pratique de l'Institut de Psychosomatique.

développées utilisant un modèle multicausal de la maladie : ce sont l'approche psychosomatique et l'approche du stress. Ces deux approches ont pendant plus de quarante ans suivi des traditions indépendantes ; on peut considérer qu'à partir des années trente, s'est manifestée une convergence croissante dans les efforts faits par les cliniciens et chercheurs pour identifier, décrire et évaluer les facteurs non-médicaux contribuant à l'étiologie des maladies.

## 1. L'approche psychosomatique classique.

A) *L'approche psychanalytique de S. Freud.* — Les historiens de cette discipline font observer que la psychanalyse commença avec l'étude d'un phénomène psychosomatique : la conversion. Ce terme est utilisé dans le cas de Frau Emmy von N... des Etudes sur l'hystérie (1895) et dans les Psychonévroses de défense (1894) par Freud pour rendre compte du « saut du psychique dans l'innervation somatique ». Ce mécanisme consiste en une transposition d'un conflit psychique et une tentative de résolution de celui-ci dans des symptômes somatiques moteurs comme dans le cas de certaines paralysies, et sensitifs comme dans le cas d'anesthésies ou de douleurs localisées[7].

En dehors de la notion de conversion, Freud a proposé plusieurs approches de l'angoisse, qui est un symptôme souvent évoqué par les théoriciens du stress. Il a distingué l'angoisse devant un danger réel, l'angoisse signal d'alarme, l'angoisse automatique et l'angoisse de castration[8]. L'angoisse devant un danger réel est déclenchée par une situation extérieure menaçant effectivement le sujet.

7. Laplanche J. et Pontalis J.B., Vocabulaire de la psychanalyse : Paris, P.U.F. 1971.

8. Dejours C., Marty P. et Herzberg-Poloniecka R., Les questions théoriques en psychosomatique, in Encycl. Méd., Chir., Paris, Psychiatrie, 37400 CIO, 7-1980.

L'angoisse automatique est liée à la réactivation d'un état de détresse biologique effective vécue dans les premiers mois de la vie. L'angoisse signal d'alarme est un résidu de l'angoisse automatique et sert d'avertissement destiné à mettre en œuvre les mécanismes de régulation du Moi. Quant à l'angoisse de castration, elle qualifie un conflit névrotique interne. Toutes ces définitions de l'angoisse nous renvoie à la notion freudienne de « pare-excitations » qui est relative au comportement du nourrisson, qui dépend, pour se protéger des excitations du monde extérieur, du fonctionnement mental de la mère[9].

Le défaut de pare-excitations s'accompagnerait d'un retour de l'angoisse automatique. Dans la clinique psychosomatique on est souvent confronté à des malades dont la fragilité est aggravée par les événements extérieurs (stress) et l'amplitude des excitations internes; on peut parler dans ces cas de « névrose traumatique » car chez ces patients n'importe quelle exitation est capable de déborder les faibles mécanismes mentaux.

Georg Groddeck dans « Le livre du ça »[10] nous livre une conception nouvelle des maladies somatiques. Le « ça » de Groddeck somatique et psychique n'est pas le ça (inconscient) de S. Freud... « Je suis par hasard sur l'idée qu'outre l'inconscient de la pensée cérébrale, il existe des inconscients analogues dans d'autres organes, cellules, tissus, etc. et que, grâce à l'union intime de ces inconscients et de l'organisme, on obtient une influence curative sur chacun d'eux en analysant l'inconscient cérébral »[11]. Cette conception de l'inconscient débouche sur une technique reposant entièrement dans la personnalité de G. Groddeck : enthousiaste, persuasif, chaleureux, et allié à des audaces interprétatives. Cette approche

9. Cf ci-dessus I.1.A.
10. Georg GRODDECK, Le livre du ça, Paris, Gallimard, 1963.
11. Georg GRODDECK, Ibidem.

rejoint, comme on le verra plus loin à propos des approches contemporaines en psychosomatique, des techniques proches de celles de Groddeck; en effet les malades somatiques sont souvent des anxieux rencontrant d'importantes difficultés à exprimer *mentalement* leur vécu.

Après les travaux de Freud et de Groddeck, on constate un diminution d'intérêt des chercheurs, et c'est dans les années 30 que l'attention pour les phénomènes cliniques psychosomatiques se renouvelle.

B) *La médecine psychosomatique : Flanders Dunbar (1943), Franz Alexander (1950).* — Dans son ouvrage sur le diagnostic psychosomatique, Flanders Dunbar[12] fait résider dans des profils de personnalité psychosomatique les différents types de maladies somatiques, et elle concentre son attention sur l'identification et la description de la façon dont les conflits réprimés conduisent en dernier lieu à des manifestations organiques. Sa conception a connu un grand succès aux Etats-Unis et a été reprise par la psychologie médicale non psychanalytique : ainsi F. Dunbar décrit une personnalité diabétique, coronarienne, rhumatismale, hypertendue, etc. Le choix du symptôme avait une origine psychologique, et un conflit spécifique pouvait causer un dommage aux cellules et aux tissus. En poursuivant dans cette voie, d'autres théoriciens crurent que la maladie était à la fois l'expression et la conséquence symboliques d'expériences relatives au développement du Moi, et à ses tentatives pour faire face aux conflits intrapsychiques. Avec ce type d'approche on se trouve confronté à une conception psychogène des maladies somatiques, alors que, pour Flanders Dunbar, la maladie peut aussi être d'origine exogène. C'est la structure de la personnalité qui fragilise

12. Dunbar F., Psychosomatic diagnosis, New York : Horber, 1943.

une partie déterminée de l'organisme à l'agression interne et qui prépare le terrain à la somatisation.

La formulation classique de la spécificité émotionnelle a été développé par Franz Alexander[13] et ses collègues de l'Institut de Chicago. Pour Alexander les processus psychologiques ne diffèrent en aucune façon des autres processus se déroulant dans le corps humain. Ces processus sont psychologiques autant que physiologiques. Les processus psychologiques du moment qu'ils sont perçus subjectivement et qu'ils sont susceptibles d'être communiqués verbalement à autrui, doivent être étudiés par des méthodes psychologiques. « Il est bien établi que les influences des émotions peuvent stimuler ou inhiber le fonctionnement de tout organe. Après le relâchement de la tension émotionnelle, les fonctions émotionnelles reviennent à leur équilibre normal »[14]. Pour Alexander il faut que le médecin moderne « s'habitue à considérer les conflits émotionnels comme étant aussi réels et concrets que les micro-organismes accessibles à la vue »[15]. L'école d'Alexander proposa des hypothèses caractérisant les désordres psychosomatiques relatifs à quelques maladies : l'asthme bronchique, l'arthrite rhumatismale, l'hypertension, la thyrotoxicose, les maladies de la peau, les troubles gastro-instestinaux. Selon leur modèle, il y avait trois facteurs, qui, ensemble, déterminaient la maladie : la vulnérabilité de l'organe, la structure psychologique conflictuelle et les mécanismes de défense, et enfin les circonstances de vie actuelles provoquant l'intensité émotionnelle. Ils se concentrèrent presque exclusivement sur le second facteur, à savoir les « constellations » émotionnelles ou les structures de personnalité associées aux différentes maladies (citées ci-dessus). Selon cette théorie

13. Alexander F., French T. and Pollock G., Psychosomatic specificity, vol. 1, Chicago; University of Chicago Press, 1968

14. Alexander F., La médecine psychosomatique, Paris, PbP, 1977.

15. Alexander F. , ibidem, p. 31-37.

de la spécificité émotionnelle, les réponses somatiques aux stimulis émotionnels, qu'elles soient normales ou pathologiques, varient selon la nature de l'émotion déclenchante. « Chaque état émotionnel a son syndrome physiologique propre. L'augmentation de la tension artérielle et l'accélération de l'activité cardiaque constituent l'apanage de la colère et de la peur. Une sécrétion accrue de l'estomac peut être une réponse régressive en face d'un danger. Une crise d'asthme est en corrélation avec une impulsion inconsciente réprimée remplaçant l'appel à la protection maternelle »[16]. Au début des années cinquante (1953) Alexander, French et Pollock entreprirent une recherche sur 83 patients ayant un diagnostic de maladie dite psychosomatique (faisant ainsi référence à une liste limitative des maladies). L'anamnèse détaillée des sujets fut confiée à des psychanalystes, qui ignoraient tout du diagnostic médical; des diagnostics concrets furent établis par ceux-ci avec un degré d'exactitude si élevé que cela excluait tout hasard. Ces découvertes furent interprétées comme une confirmation de la théorie de la spécificité selon laquelle un patient ayant une vulnérabilité d'un organe spécifique ou du système somatique, et une constellation psychodynamique développe une maladie correspondant à cette « prédisposition » lorsque le cours des événements de sa vie réactive ses conflits archaïques et détruit ses mécanismes de défense[17].

Dans les dernières années, la théorie de la spécificité a été critiquée par de nombreux auteurs : pour certains, l'utilisation d'une rétrospective historique du patient donne à penser que les caractéristiques de la personnalité observée, peuvent, au lieu d'avoir une influence causale sur la maladie, s'être développées par réaction à celle-ci ou même en réaction à certaines prédispositions précoces

16. F. Alexander, ibidem, p. 55.

17. Cf. graphique n° 1 du concept de la spécificité dans l'étiologie de certains troubles, tels que migraines, hypertension...

du patient. Pour d'autres le contexte social, bien qu'important, n'a pas reçu toute l'attention nécessaire à son étude; pour d'autres enfin, le processus par lequel les conflits psychologiques créent des lésions organiques n'a pas été énoncé clairement; il en va de même des mécanismes physiologiques qui n'ont pas été analysés de façon détaillée. Depuis l'introduction de la théorie de la spécificité des progrès significatifs ont été faits en psychoneuroendocrinologie et dès 1975 H. Weiner indiquait dans « Médecine psychosomatique » que, pour au moins quatre des maladies considérées comme psychosomatiques, il y avait des perturbations des mécanismes de régulation physiologique qui pouvaient constituer de facto un facteur de risque prédisposant à ces maladies.

Il y a au moins trois étapes dans l'histoire de toute maladie : celle précédant l'apparition clinique de la maladie, le début réel de celle-ci, et la période suivant l'établissement de celle-ci. Or la théorie de la spécificité psychosomatique est relative au problème de la prédisposition psychologique individuelle, mais néglige les autres composants reliés à cette prédisposition aussi bien que les considérations portant sur les étapes ultérieures de la maladie. Les recherches les plus récentes tendent à insister sur une pluralité étiologique et à rejeter la prédominance de la psychogenèse. Malgré ce rejet, le manuel DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) de l'Association Américaine de Psychiatrie continue à se référer dans une de ses rubriques à des « désordres physiques d'origine psychogène ».

Aujourd'hui les chercheurs font observer qu'il n'y a aucune raison logique d'exclure toute maladie du domaine de la psychosomatique puisque l'objectif de celle-ci est d'élucider et d'intégrer les composants biologiques, psychologiques et sociaux de tout incident médical. Comme on le verra plus loin, l'Ecole Psychosomatique de Paris a une approche originale concernant **toutes les**

**maladies** en termes d'organisation et de désorganisation mentale.

2. **L'approche du stress.** — A la question de savoir s'il y a une corrélation spécifique entre la nature de l'émotion et sa réponse somatique, il y a eu une première réponse théorique et clinique apportée par les psychosomaticiens d'inspiration psychanalytique; la deuxième réponse est celle des théoriciens du stress se situant sur le terrain des expériences de pathologie expérimentale.

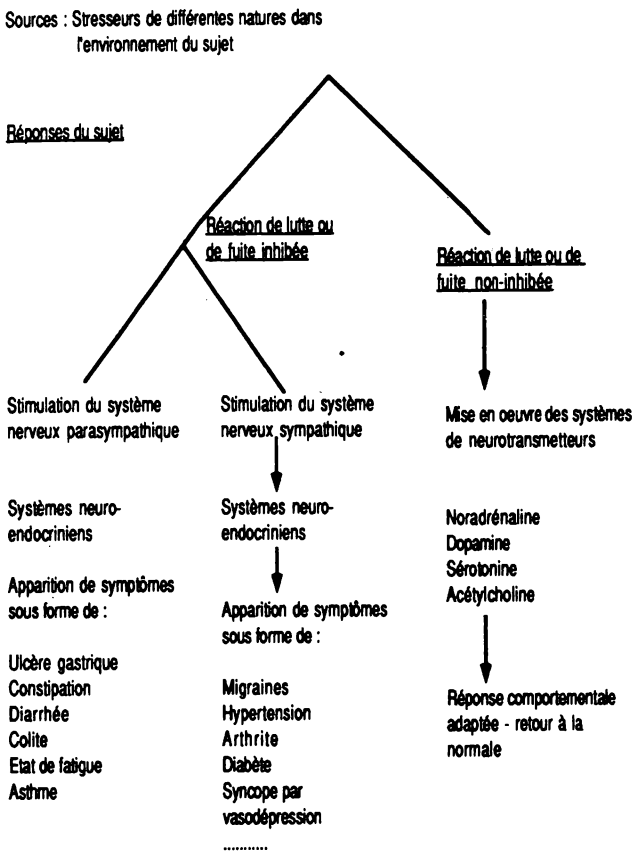
Walter Bradford Cannon (1871-1945)[18], un des plus grands physiologistes d'Amérique du Nord, Professeur à Harvard, a étudié chez l'homme et chez l'animal un certain nombre de variables physiologiques en fonction de situations psychologiques expérimentales. Au contraire de l'approche de médiatisation neurologique de Pavlov, Cannon insiste sur la corrélation stricte entre une variable physiologique et un paramètre psychologique. Pour surmonter la situation qui a produit l'anxiété, deux situations sont envisagées par les théoriciens du stress : 1) la préparation à l'action, par exemple : attaque et 2) la fuite devant elle ou le retour à une situation de dépendance comme celle du petit enfant qui se réfugie vers sa mère pour se protéger au lieu de faire face lui-même au danger. Pour Cannon la première réaction émotionnelle est liée à une recrudescence de l'*activité sympathique*, et, la deuxième réaction, à une augmentation de l'excitation parasympathique. Les travaux de Cannon ont facilité les recherches ultérieures de Hans Selye, le père de la théorie du stress.

Hans Selye[19] dès 1935 a introduit le concept de stress

18. « Autonomic Neuroeffector Systems » (1937) et « The supersensitivity of denervated structures » (1949).

19. Hans Selye (1956), The Stress of Life, New York : McGraw Hill. (1974), Stress without distress, Philadelphia : Lippincott. (1962) Le stress de la vie, Paris Gallimard. (1981) Stress sans détresse, Montréal, La Presse, 1981.

Tableau VI. — **Exemples de réponses viscérales aux états émotionnels.**




Source : Tableau élaboré par J.B. Stora à partir du tableau p. 53 de F. Alexander (la médecine psychosomatique) et de contributions plus récentes sur la mise en œuvre des systèmes de némotransmetteurs (cf. bibliographie). Il s'agit d'une construction intellectuelle très simplifiée fondée sur des hypothèses scientifiques.

en tant que syndrome ou ensemble de réactions physiologiques non spécifiques de l'organisme à différents agents nocifs de l'environnement de nature physique ou chimique. La formulation de Selye est responsable de l'introduction du concept du stress dans le vocabulaire scientifique,inaugurant ainsi plus de cinquante ans de recherches à l'échelle internationale dans de nombreuses branches de la médecine et des sciences sociales.

Le Syndrome Général d'Adaptation (S.G.A.) est une configuration spécifique de processus et d'états physiologiques qui surviennent en réponse aux différentes sortes de stimuli externes ou « *stresseurs* ». En s'inspirant des observations de Cannon, H. Selye distingue trois phases séquentielles d'adaptation de l'organisme à toute modification de son environnement : un phase d'alarme, une phase de résistance et une phase d'épuisement. La phase d'alarme ou « phase de choc », est caractérisée par une tachycardie, une diminution du tonus musculaire, et un abaissement de la température du corps, par la formation d'ulcères gastriques ou intestinaux, l'augmentation de la concentration sanguine, de l'anurie, des oedèmes, de l'hypochlorydie, d'une leucopénie suivie d'une hyperleucocytose, de l'anidose, d'une hyperglycémie transitoire, et finalement d'une diminution du sucre dans le sang par la décharge de l'adrénaline de la médullo-surrénale. La résistance de l'organisme, selon SELYE, était le résultat du métabolisme catabolique qui stimulait la décharge corticotrophique du lobe antérieure de l'hypophyse, induisant une sécrétion excessive des hormones corticosurrénales. C'est cette sécrétion qui augmente la résistance de l'organisme.

On passe alors à la phase de résistance de l'organisme : ses caractéristiques sont l'accroissement de l'activité et l'augmentation du volume de la cortico-surrénale, une involution rapide du thymus et des autres organes lymphatiques, ainsi que le renversement de la plupart des

signes caractéristiques de la première phase. Si les « stresseurs » persistent, la résistance aux stimuli s'accroit grâce aux hormones corticales.

La troisième phase ou phase d'épuisement apparait après une action prolongée des stresseurs. Dès que ces symptômes apparaissent, les lésions caractéristiques de la phase d'alarme réapparaissent et la mort s'ensuit.

Depuis l'exposé de Selye des mécanismes plus complexes ont été découverts[20], sans modifier pour autant le schéma de base, à savoir que quels que soient le nombre et la variété des stresseurs, l'organisme humain n'a qu'un seul type de mécanisme physiologique de défense, et celui-ci dépend principalement de l'intégrité de la cortico-surrénale dont l'hyperactivité est responsable des troubles de l'adaptation. En conclusion l'organisme humain est victime de l'excès de ses propres mécanismes de défense biologiques.

Les concepts développés par Hans Selye ont fait l'objet de critiques de la part des psychosomaticiens. Les contraintes extérieures ou stresseurs sont identifiables ou mesurables et peuvent être assimilés à des traumatismes plus ou moins importants en fonction des sources de stress. En tout état de cause elles renvoient à la réalité extérieure. Les réactions de l'organisme ont été elles bien décrites et identifiées; il n'en est pas de même des réactions individuelles, variables d'un sujet à l'autre en fonction de ses mensurations anthropométriques, de son âge, de ses antécédents pathologiques, de son histoire familiale personnelle et surtout de sa structuration mentale, en bref de la structure de sa personnalité et de ses mécanismes de défense mentaux.

Dans ces conditions les théories agressologiques en général, et celle de Selye en particulier, conduisent à « court-circuiter l'appareil mental d'une part, les spécifi-

20. Cf. chapitre suivant.

cités individuelles d'autre part »[21]. Selye a continué, pendant de très nombreuses années, à étudier l'effet des agents de stress ou « stresseurs » sur l'organisme à partir de recherches sur l'homme et sur l'animal. En 1974 il a étendu son concept d'agents nocifs de l'environnement afin d'y inclure « toute demande externe qui dépasserait un certain niveau d'intensité en affectant l'organisme humain »; son modèle concerne tout particulièrement des agents chimiques, physiques et organiques plutôt que des événements et situations symboliques et sociales. Il insiste de cette façon sur l'universalité du syndrome général d'adaptation, plutôt que sur les différences individuelles dans la réponse aux facteurs de stress ou stresseurs[22].

### 3. **Vers un dépassement théorique de l'approche psychosomatique et des théories du stress : l'approche américaine et l'approche française de l'Institut Psychosomatique de Paris.**

A) *L'approche américaine.* — Alors que les théoriciens de la psychosomatique s'écartaient de la théorie de la spécificité, et que ceux du stress cherchaient à élargir la formulation de Selye afin d'y inclure les stresseurs sociaux et ceux de l'environnement physique, d'autres chercheurs proposaient, aux Etats-Unis, une théorie non-spécifique de la genèse des maladies, dans une sorte de dépassement des deux courants théoriques précédents. Harold G. Wolff, dont les premières études en 1947 portaient sur les réactions des prisonniers de guerre alliés soumis à la torture par les Japonais, Schmale et Engel, avec des recherches sur le syndrome d'abandon et son effet sur le cancer, et Cassel avec des études épidémiologiques, sur la relation entre l'environnement urbain et la

21. Cf. Article Médecine psychosomatique in Encyl. Med. Chi., Paris, Psychiatrie, précité.

22. Selye (H), Stress without distress, Philadelphia, Lippincott, 1974.

santé des citadins, ouvrirent la voie moderne de la psychosomatique nord-américaine.

Les contributions de Harold G. Wolff avec son collègue Hinkle du Laboratoire d'écologie humaine de l'Ecole Médicale de l'Université de Cornell, sur les conséquences du stress sur les survivants des camps de concentration nazis et japonais, ou sur les employés de la Compagnie de Téléphone de la ville de New-York (échantillon de 2 600 personnes), leur permirent de donner une nouvelle définition au stress, « état dynamique d'un organisme en réponse à une demande d'adaptation,... puisque la vie elle-même exige une adaptation constante, si bien que toutes les créatures vivantes sont continuellement dans un état plus ou moins grand de stress »[23]. Rejetant toute idée d'une catégorie spécifique de désordre psychosomatique, Wolff considère que l'environnement social et l'expérience passée d'un être humain, y compris les facteurs biologiques et les événements de sa vie, ont une influence faible sur la forme prise par la maladie, mais une influence importante sur sa durée et sur son cours. Wolff est pour une conception non spécifique du rôle joué par le stress dans la genèse d'une maladie.

D'autres chercheurs, Engel, Schmale, Adamson, Meyerowitz, Iker, Tinling, ... se sont attachés à étudier la phase intermédiaire entre santé et maladie, cet espace dans lequel survient la maladie. Ils caractérisent un certain état psychologique de « syndrome d'abandon », équivalent à une expérience de démoralisation, dans lequel la personne est précipitée par défaillance de ses mécanismes de défenses psychiques. La personne se sent désespérée dans la mesure où une perte significative, soit actuelle, symbolique, ou imminente, est vécue comme

23. Wolff S., Patterns of social adjustement and disease in : Society, stress and disease, Vol. 1, ed., L. Levi, London : Oxford University Press, 1971.

irréversible; cet état est accompagné de la perception de moindre sécurité dans ses relations sociales. Pour Engel, Schmale et leurs collègues, l'expérience de ce syndrome reflète un état psychosociologique qui facilite l'apparition clinique de la maladie (étude sur le cancer). Ils pensent que le syndrome d'abandon agit comme un facteur de déclenchement qui facilite l'apparition de la maladie, mais, à la différence des précurseurs de la psychosomatique, ils considèrent que cette orientation psychologique n'est pas reliée au choix de la maladie survenant.

Des épidémiologistes comme Cassel concluent au terme de très larges recherches que « ... les changements dans les relations de groupe, plutôt que d'avoir un rôle étiologique spécifique, accroissaient, en général, la prédisposition à la maladie »[24]. Ce concept de « prédisposition généralisée » insiste sur l'influence de la position dans la structure sociale et les systèmes d'aide sociale, ou sur les changements dans la structure et les systèmes d'aide, dans la prédisposition à la maladie. Cette notion de stress socialement induit comme facteur déclenchant de maladies gagne de plus en plus d'audience dans les milieux spécialisés. On commence à admettre que le stress peut être un des composants de n'importe quelle maladie. « Les maladies de notre époque sont liées étiologiquement à un excès de stress, et à son tour, ce stress est un produit de situations sociales spécifiquement structurées inhérent à l'organisation des sociétés technologiques modernes »[25]. On finit par aboutir à un modèle étiologique révisé de la genèse des maladies en considérant les facteurs suivants : la présence de conditions d'environnement stressant; la perception par la personne du stress induit par ces conditions; sa capacité relative à faire face

24. Cassel J., Physical illness in response to stress in : Social stress, ed. S. Levine and N. Scotch, Chicago : Aldine, 1970.

25. Dodge D. et Martin W., Social stress and chronic Illness, Notre Dame, Ind. University of Notre Dame Press, 1970.

ou à s'adapter à ces conditions; ses prédispositions génétiques à développer une maladie; et la présence d'un agent infectieux. Dans ce contexte, on peut constater que le concept de stress n'explique pas pourquoi certaines personnes sont plus susceptibles que d'autres à développer une maladie.

B) L'approche française de l'Institut de Psychosomatique de Paris. — Dans les années 50, s'était constitué dans la Société Psychanalytique de Paris, un groupe de réflexion attaché à la dimension somatique avec pour initiateurs P. Marty, M. Fain, C. David et M. de M'uzan, et connu sous le nom de l'Ecole de Paris.

Ils furent rejoints par L. Kreisler, pédiatre et psychiatre d'enfants qui conduisait parallèlement, avec M. Fain et M. Soulé, une recherche sur la psychosomatique du nourrisson, assemblée dans « L'enfant et son corps » (coliques du premier trimestre; troubles du sommeil; conduites alimentaires déviantes du bébé : anorexie, vomissements, rumination; asthme; encopresis et megacôlon psychogène...).

L'Institut de Psychosomatique (IPSO) fut fondé dans la suite de l'Ecole de Paris sur l'initiative de Pierre Marty autour duquel se sont réunis des adeptes de plus en plus nombreux de sa pensée, avec leur propre originalité. Un résultat des plus remarquables fut la création, en 1978, d'un hôpital à vocation psychosomatique exclusive où les traitements sont effectués uniquement par la voie de thérapies d'inspiration psychanalytique. Une section, créée par L. Kreisler[26], est réservée à la psychosomatique infantile dont la connaissance est essentielle, en raison de ses incidences immédiates pour la compréhension des phénomènes psychosomatiques de l'âge adulte.

Le Dr Pierre Marty, à cet égard, dans une série de livres dont l'un porte le titre significatif de « Mouvements individuels de vie et de mort »[27], nous présente, pour la première fois, un dépassement théorique de la dichotomie psyché-soma dans laquelle la médecine occidentale semblait être enfermée. L'originalité de la

26. L. Kreisler, M. Fain, M. Soulé, L'enfant et son corps, 4e éd., PUF, 1974.

27. Pierre Marty : Les mouvements individuels de vie et de mort, essai d'économie psychosomatique, ed. PBP, Paris, 1976.

contribution réside dans l'énoncé d'hypothèses confirmées par la pratique clinique, et plus récemment par des recherches portant sur l'ensemble des patients à l'hôpital psychosomatique grâce à la classification psychotique[28].

1) Les processus de somatisation apparaissent lorsque l'individu n'est pas capable de traiter mentalement les « traumatismes » auxquels il est confronté. Ce traumatisme réside dans l'impact offensif d'une situation extérieure plus ou moins prolongée, ou d'un événement extérieur qui ébranle l'organisation mentale des individus. En d'autres termes pour nous la confrontation à des situations de stress.

2) Pour Pierre Marty, il faut sortir de la confusion vie mentale et vie affective, et si dans la psychogenèse un processus mental détermine un processus somatique, la réalité semble plus complexe; en effet l'émotion première peut donner lieu successivement à « des phénomènes d'ordre mental, puis à des phénomènes d'ordre somatique, sans que le mental qui précède dans le temps le somatique constitue en lui-même une cause du somatique »[29].

3) Dans une vision évolutionniste, appareil mental et appareil somatique, dès les premiers mois de la vie, démarrent en liaison étroite. « Aux stades initiaux, les racines mêmes des fonctions mentales, dont la qualité sera plus tard prévalente, s'installent dans le système sensoriomoteur avec lequel elles se confondent en partie »[30]. Les différentes fonctions somatiques prennent forme dans la relation du nourrisson puis du petit enfant avec son entourage, prédéterminant de ce fait « certains systèmes d'activités mentales préférentielles du sujet ».

28. Pierre Marty : La psychosomatique de l'adulte. PUF « Que sais-je ? », 1850, PUF, 1990, p. 89.
29. op. cité.
30. Ibidem, p. 88.

4) En dernier lieu, la vie est organisation, la maladie est désorganisation, et la structuration mentale individuelle peut plus ou moins faciliter la réorganisation. L'apport de P. Marty est essentiel, car plutôt que de croire tous les hommes égaux entre eux quant à leur équipement fonctionnel, il a exploré les avenues des constructions et des fonctionnements mentaux et psychiques pour en souligner les failles. « ... Une grande partie des maladies somatiques est en rapport avec des Moi carentiels, faibles, ou désorganisés[31].

Ainsi cette théorie semble intégrer les théories de Cannon, Dunbar et Alexander, et met en perspective la contribution de Hans Selye. En parlant de structuration individuelle du psychisme, présentant des qualités et des failles, on comprend mieux comment une émotion intense (stress, traumatisme, etc.)'ne trouvant pas de liaison au niveau de l'appareil psychique, crée dans un premier temps un état de détresse se traduisant par des sueurs, des tremblements, de l'hypertension, de la tachycardie ... et dans un deuxième temps cette détresse somatique serait le premier pas du processus de somatisation destiné ultérieurement à atteindre tel ou tel organe selon des modalités qui restent encore à éclaircir. Cette approche en terme d'économie psychosomatique impliquant l'étude des pulsions depuis leur origine biologique jusqu'à leur destinée finale[32], est, à l'heure actuelle, la théorie la plus synthétique capable d'expliquer, de prévenir et de soigner.

Il reste, bien entendu, de nombreuses questions en suspens : la recherche, dès la naissance, des racines des somatisations ultérieures de l'enfant et de l'adulte, le

31. Ibidem, p. 93.
32. Christophe Dejours, Cf. Bibliographie.

choix de la fonction somatique et de l'organe comme lieux de la maladie, et les différents mécanismes hormonaux, immunitaires et alia qui entrent en jeu déclenchés par l'émotion intense, ... en bref que se passe-t-il dans le corps lorsque le psychisme est défaillant partiellement ou totalement[33] ?

33. Voir chapitre IV : biochimie et maladies du stress.

CHAPITRE IV

# BIOCHIMIE ET MALADIES DU STRESS

« Ce n'est pas tellement la maladie qui compte, mais la réponse du malade à sa maladie »

L'être humain a été doté au cours d'une évolution portant sur quelques millions d'années de mécanismes neuro-biologiques lui permettant de s'adapter à toutes les modifications de son environnement qu'elles soient physiques, sociales et/ ou psychiques.

Il s'agit pour l'organisme de maintenir son équilibre interne (homéostasie) tout en mobilisant l'énergie nécessaire au processus d'adaptation. L'homme vit en état permanent de stress ; il est stimulation. Selon Claude Bernard « le stress physiologique est nécessaire au rythme biologique, à la fixité du milieu intérieur »; par conséquent la privation de stimulus ou l'absence de stress serait la mort[1]. C'est cette constatation qui a donné naissance à la croyance en un « eustress ».

L'excès de stimulation est par contre dangereux, et dans le cas où il dépasserait les capacités d'adaptation de l'être humain, il causerait les maladies du stress ou même provoquerait la mort. Les chercheurs ont depuis les années trente, et surtout au début des années quatre vingt, découvert progressivement les mécanismes mis en œuvre par les différents systèmes biologiques pour faire face

1. Pierre Loo, Henri Loo : le stress permanent, Masson ed. Paris, p. 12-13, 1986.

aux situations de stress, et la relation stress-maladie a donné une nouvelle dimension à l'approche médicale classique.

## I. — Les mécanismes biologiques du stress

Que se passe-t-il dans une situation de stress ? Le rythme respiratoire s'accélère fournissant ainsi plus d'oxygène à l'organisme, le rythme cardiaque augmente, favorisant les divers métabolismes, les rythmes cérébraux deviennent plus rapides. Les muscles sont stimulés par un apport accru d'oxygène et de sucre, et les défenses immunitaires deviennent plus actives. Les découvertes des soixante dernières années éclairent les mécanismes complexes mis en œuvre par l'organisme pour faire face au stress.

1. **Les hormones du stress : la médullosurrénale et la cortico-surrénale.** — Cannon avait montré le rôle de l'adrénaline et du système sympathique dans l'émotion, Selye concentra son attention sur les glandes surrénales et leur sécrétion : situées au-dessus de chaque rein les surrénales sont faites de deux parties : la partie centrale ou médullo-surrénale, et la partie périphérique ou cortico-surrénale.

De même origine embryologique que le système nerveux sympathique, la médullo-surrénale est constituée de cellules chromaffines qui sont reliées (synapse) aux nerfs splanchniques qui sont des fibres nerveuses sympathiques sortant de la moelle épinière (les ganglions sympathiques sont disposés en double chaine de part et d'autre de la colonne vertébrale). Sous l'influence de stimulations nerveuses sympathiques, excitations venant de l'hypothalamus (cerveau), les nerfs splanchniques libèrent de l'*acétylcholine* qui vient se fixer sur les récepteurs à acétylcholine dissiminés sur la membrane des cellules

chromaffines qui libèrent de l'adrénaline et de la noradrénaline dans le sang circulant.

La sécrétion des catécholamines (adrénaline et noradrénaline) doit être envisagée dans le cadre d'une réponse à court terme et correspond à une mobilisation d'énergie en vue d'une dépense immédiate dont l'objectif est soit la lutte soit la fuite. Le taux d'adrénaline semble plus élevé dans la peur, les états dépressifs et l'anxiété, et le taux de noradrénaline dans la colère, et les états agressifs. Cette mobilisation de catécholamines utiles dans les situations réelles de lutte ou de fuite peut être nocive lorsque la situation émotionnelle est *imaginaire*, car elles peuvent faciliter la mise en circulation d'acides gras libres (liaison psychopathologique possible entre stress et athérome : infarctus du myocarde).

La cortico-surrénale décharge une série d'hormones de constitution stéroïde appelées corticoïdes ou « hormones du stress » : les gluco-corticoïdes, dont le cortisol et la cortisone qui agissent sur le métabolisme gluco-protéique sont directement impliquées dans le stress, et les minéralo-corticoïdes dont l'aldostérone et les corticostérones.

Les gluco-corticoïdes ont une action antiallergique et antihistaminique; une action de néoglycogénèse, transformation en glucides des protides et des lipides; une inhibition des réactions inflammatoires allergiques. Les minérolocorticoïdes en excès ont une action défavorable sur le tissu conjonctif, accélèrent la vitesse de sédimentation, favorisent la production de maladies hypertensives et induisent par la vaso-constriction des vaisseaux, de l'hypertension; à hautes doses ils provoquent des lésions articulaires de type rhumatismal.

Les hormones du stress sont libérées dans le sang en réponse à la présence d'une autre hormone secrétée par l'antéhypophyse : l'hormone adrénocortinotrope. Cette hormone est produite sous l'action d'hormones hypothalamiques dont le « cortico releasing factor » ou CRF. En

bref, le CRF secrété par les neurones de l'hypothalamus induit la fabrication par l'antéhypophyse d'ACTH, qui, parvenant par le sang à la cortico-surrénale, déclenche l'émission de corticoïdes.

L'hypophyse est une glande située dans une cavité à la base du crâne, et composée de deux parties : l'hypophyse antérieure qui répond au stress par une sécrétion massive d'ACTH, et de somatotrophine ou STH (ou hormone de croissance ou GH); il y a inhibition des autres hormones antéhypophysaires (secrétion accrue de prolactine lors de stress); l'hypophyse postérieure qui secrète la vasoprésine, hormone diurétique et hypertensive. Le stress a donc un mécanisme hypophysosurrénal, et l'expérience démontre que certaines hormones (ACTH, gluco-corticoïdes) empêchent habituellement les dommages, et que d'autres telles les minéralo-corticoïdes les provoquent.

Jusqu'à ces dernières années on pensait que les réponses au stress résultaient de l'action simultanée des trois systèmes distincts décrits ci-dessus. La commande hypothalamique, le système sympathi-médullo-surrénal, et le système de la cortico-surrénal. Les découvertes récentes démontrent qu'il existe des interactions entre ces différents systèmes par lesquels ils se modulent réciproquement. C'est ainsi que nous comprenons progressivement toute la diversité de nos adaptations physiques et psychoémotionnelles aux demandes de l'environnement interne ou externe[2].

## 2. **Les interactions systémiques et les modulations des réponses de l'organisme au stress.**

A) *Les rôles des hormones.* — Les découvertes concernent d'abord les relations entre les deux parties de

2. Pour un exposé détaillé cf. le très intéressant article de Renaud J., Le stress : un extraordinaire ballet d'hormones, Science et Vie, n° 804, Septembre 1984.

la glande surrénale. La production d'adrénaline semble liée au voisinage des cellules chromaffines avec les cellules sécrétrices de corticoïdes, et par conséquent à la médullo-surrénale. L'adrénaline semble être l'agent le plus efficace pour déclencher les modifications biologiques capables de répondre au stress. Si la demande est moins urgente la noradrénaline suffit largement. Les mécanismes de synthèse de l'adrénaline sont les suivants, à partir de la tyrosine, acide aminé présent dans de nombreux aliments :

Tyrosine + action de la tyrosine hydroxylase ou TH (enzyme) = dihydroxyphénylamine ou DOPA
+ action de la 1-amino-acide décarboxylase = DOPAMINE ou DA
+ action de la dopamine bêta hydroxylase, ou DBH =NORADRENALINE ou NA
+ action de la phénylkétanolamine N méthyltransferase ou PNMT = ADRENALINE ou A[3].

Le rôle de la TH est primordial lors d'un stress de courte durée, l'effet produit sur les cellules chromaffines est une simple activation des molécules de TH stockées à l'intérieur; si le stress se prolonge, on observe une augmentation du nombre de molécules de TH et il y a alors nouvelle fabrication de l'enzyme.

B) *L'axe hypophyso-surrénalien.* — Le système nerveux central participe de deux façons aux défenses de l'organisme contre le stress : a) la perception du stress active par les cellules de l'hypothalamus un « releasing factor » ou CRF (dont la chaine de 41 acides aminés a été découverte par l'américain Vale en 1981); le CRF stimule à son tour la sécrétion par l'antihypophyse d'une hormone, l'ACTH qui, déchargée dans le sang, arrive à la cortico-surrénale qui fabrique des corticoïdes. Les corticoïdes vont déclencher la production de catécholamines par la médullo - surrénale; b) tout stress, quelle que soit son

3. Renaud J., Ibidem p. 42.

origine, provoque une augmentation de la noradrénaline cérébrale, produite par les neurones du cerveau. Grâce à l'enzyme PNMT, cette noradrénaline est transformée en adrénaline qui agit sur les commandes hypothalamiques. L'adrénaline cérébrale freine l'activité hypophyso-surrénalienne qui favorise la décharge de catécholamines par la médullo - surrénale. Plus le stress est aigu et plus le cerveau produit d'adrénaline, avec pour conséquence une action de frein sur les sécrétions de CRF et donc de corticoïdes. Il y a tout un jeu complexe modulant la production d'adrénaline. Les mécanismes présidant à la sécrétion d'ACTH, l'hormone du stress, ont été découverts récemment grâce à de nouvelles techniques d'investigation.

Ces découvertes ont révélé que les cellules à ACTH sont sensibles non seulement aux catécholamines et au CRF mais aussi au peptide vasointestinal (VIP) présent dans l'hypothalamus et dans l'intestin.

C) *Les mécanismes accélérateurs et de freinage des sécrétions.* — Nous avons constaté que la modulation des réponses de l'organisme au stress s'effectue grâce à des mécanismes accélérateurs de production de corticoïdes et à des mécanismes de freinage de ces productions. Le premier de ces systèmes inhibiteurs est le rétrocontrôle négatif exercé par les corticoïdes. Par le biais de la déxaméthasone l'activité de l'ARN messager de l'ACTH est freinée, puis la fabrication de cette hormone cesse. La subtilité du mécanisme permet aussi, non de stopper la fabrication, mais d'arrêter la décharge d'ACTH. Un des deux mécanismes inhibiteurs passe par la somatostatine, peptide hypotalamique, responsable du blocage d'hormones telles que l'hormone de croissance, la prolactine, etc... qui arrête la production d'ACTH grâce à un mécanisme de freinage différent.

En résumé les découvertes des mécanismes biochi-

miques du stress permettent d'éclairer d'un jour nouveau la gamme très large des réponses de l'organisme humain aux différents types de stress perçus par le système nerveux central. Tout n'est pas encore connu tant au niveau du système endocrinien qu'au niveau du système nerveux central. En effet les mécanismes d'appréciation des situations de stress telles que nous les avons décrites dans les précédents chapitres, mettant en œuvre le psychisme humain, n'ont pas encore été élucidés. Il s'agit de décoder, c'est l'hypothèse que nous faisons, des programmes biopsychiques, à l'articulation des mécanismes endocriniens et du fonctionnement de l'appareil psychique. A côté des mécanismes d'inhibition et d'excitation, soit de la décharge, soit de la synthèse d'ACTH, il existe un dernier mécanisme modulateur, connu sous le nom de « désensitisation » : de même que certains médicaments ne font plus d'effet après un certain temps, de même les cellules à ACTH deviennent réfractaires à la stimulation de leurs secrétagogues après une action prolongée à l'action de ces derniers[4].

Le Professeur Soulairac, cité par Pierre et Henri Loo, déclarait lors d'une réunion en 1984 que dans un lointain passé, les divers mécanismes de défense — hypertonie sympathique, sécrétion de catécholamines, d'hormones — permettaient à l'homme de donner une réponse physique au stress : fuite ou lutte. Aujourd'hui le mécanisme est dévié, la réponse est surtout psychologique, et l'énergie de réserve devient nocive. Il semble que cet état de stress chronique problèmes familiaux, professionnels, etc., état émotionnel inconscient est intégré dans le système limbique qui active de façon permanente l'hypothalamus. Si la situation de stress se poursuit longtemps, la

4. Pour un exposé très complet de la physiologie du stress, cf. Baylé J.D. : La physiologie du stress. Journal de Psychiatrie biologique et thérapeutique, 14-7-14, 1984.

réaction d'adaptation risque d'entrainer des désordres organiques : les maladies du stress.

## II. — Les maladies du stress

« Nous commençons à comprendre aujourd'hui que beaucoup de maladies courantes sont davantage dues au manque d'adaptation au stress, qu'à des accidents causés par des microbes, des virus, des substances nocives ou tout agent externe » (Hans Selye).

Pour Selye les maladies de l'adaptation traduisent l'antagonisme hormonal entre les minéralo-corticoïdes et les glucocorticoïdes; c'est l'excès de minéralo-corticoïdes qui conditionnent les maladies de l'adaptation.

1. **Les maladies par hypo-adaptation et par hyper-adaptation.** — J. D. Romani établit en 1951[5] une liste non-exhaustive d'un certain nombre de maladies consécutives à un dérèglement physiologique par dérèglement hormonal donc consécutives au stress. Ce sont par *hypo-adaptation* et par déficit en corticoïdes les maladies suivantes :

choc traumatique, choc obstétrical, maladie post-opératoire, maladie des rayons X, syndrome toxique des brûlés, coup de chaleur, troubles par inhibition des avortements provoqués, etc.

et par hyperadaptation dues aux minéralocorticoïdes :

hypertension, néphrosclérose, angine de poitrine, toxémie de la grossesse, maladie du collagène, manifestations allergiques, néphrite aiguë, etc. dues aux glucocorticoïdes : appendicite, amygdalite, certaines variétés de diabète, et certaines maladies dites à l'époque psychosomatiques : ulcères, hyperthyréose après choc émotionnel.

La grande variété de maladies, listées ci-dessus, ayant toutes la même origine, à savoir la sécrétion excessive de

5. In Biologie médicale, cité par Loo Pierre et Henri, cf. bibliographie, 1951.

minéralocorticoïde lors de la réponse de stress a été remise en cause par les critiques de Selye. Ils soulignent l'absence de confirmation d'un niveau aussi élevé de minéralocorticoïdes chez les sujets relevant des maladies de l'adaptation. De nombreux chercheurs établissant des listes de pathologies induites par le stress (Allain et al. 1986, Pierre et Henri Loo, 1986, etc..) reprennent l'hypothèse de Selye sur la liaison stress-maladie, et le Dr Jean Rivolier déclare à cet égard qu'« à l'exception de quelques manifestations psychopathologiques, il s'agit de maladies somatiques ou reposant sur une base organique, et pour lesquelles, dans l'ensemble l'étiologie n'est pas connue, même si les processus physiopathologiques d'apparition le sont »[6]. En vérité, si l'on accepte par hypothèse une relation stress-maladie, on peut opérer une classification de symptômes allant des maladies organiques stricto sensu aux maladies fonctionnelles, pour lesquelles on ne découvre aucun trouble organique, en passant par des manifestations décrivant des troubles mentaux, psychiques, et psychogénétiques (existence d'une relation entre symptôme somatique et psychisme du malade). Selon les critères retenus on peut avoir une nouvelle conception de l'approche médicale aux maladies ou une nouvelle psychosomatique où tout est psychosomatique. Nous nous trouvons devant des phénomènes encore très complexes tant sur le plan du fonctionnement mental et psychique qu'au niveau biochimique. Toutes les relations sont encore loin d'être établies. En effet le problème même de la résistance à la maladie est encore un mystère : « pourquoi, à un moment donné, telle personne développe ou ne développe pas telle maladie ». C'est avec beaucoup de prudence que nous aborderons à présent quelques modèles de relations stress-maladie proposant une certaine compréhension des mécanismes d'apparition

6. Rivolier J., L'homme stressé, PUF Paris, p. 188, 1989.

ou d'évolution de la maladie, le premier modèle, celui de Hans Selye, étant un modèle endocrinien qui n'explique pas le processus du passage du psychologique au physiopathologique.

## 2. **Les hypothèses théoriques reliant psychisme et biologie.**

A) *Stress et immunologie.* — Une nouvelle discipline, la neuropsycho-immunologie, bien qu'encore fragile, a établi des relations entre le système nerveux, le système hormonal et le système immunitaire. Les bases moléculaires de cette interaction commencent a être précisées. Publiée en 1977 par Bartrop et ses collaborateurs, une première étude a porté sur la réponse immunitaire dans des situations de stress psychologique traumatique, à savoir des situations de deuils. 26 veuves furent choisies comme échantillon de cette étude, 6 semaines après le décès de leurs maris par maladie ou par accident. Des études rétrospectives sur le deuil avaient montré que celui-ci pouvaient être associé à des maladies telles que le diabète, les troubles coronariens, la colite ulcéro-membraneuse, l'arthrite rhumatismale, le lupus érythémateux disséminé et la schizophrénie. Chez ces 26 patientes une prise de sang a été effectuée 2 semaines après leur deuil, et les résultats comparées à ceux d'un groupe de contrôle constitué de sujets normaux n'ayant pas eu de deuils dans leurs familles dans les 2 précédentes années. Les résultats indiquaient d'une part qu'en termes de nombre de cellules lymphoïdes, etc. il n'y avait pas de différence entre les 2 groupes, que, d'autre part, la fonction des cellules T était fortement diminuée chez les veuves 6 semaines après leur deuil, et, ce, en l'absence d'une modification quelconque du nombre des cellules T. Toutes les études les plus récentes sur la modification des fonctions immunitaires au cours des

stress psychologique tendent à montrer que les agressions psychologiques surtout répétées ont tendance à diminuer le potentiel de réponse immunitaire qu'a un individu dans un environnement psychosocial donné compte tenu de la structure de sa personnalité et de ses capacités d'adaptation[7]. Il apparaît cependant confirmé (cf. ci-dessus) que l'axe hypotholamo-hypophyse-surrénalien est particulièrement impliqué. Il nous faut cependant ajouter que ce n'est pas parce que les défenses immunitaires sont abaissées qu'il y a obligatoirement apparition de maladies. C'est ici qu'il faut insister sur d'autres approches (cf plus loin Dr Pierre Marty) qui insiste sur la plus ou moins grande fragilité — sujets à haut risque — psychique et/ou physique de certaines personnes.

B) *Stress et psychosociologie.*

a) Sur le versant psychologique et sociologique d'autres chercheurs, Cooper, Ursin, Levine, utilisent la conception d'activation pour démonter la relation stress-maladie. L'activation peut aussi bien avoir des effets bénéfiques que causer la maladie. La différence réside dans les caractéristiques psychologiques des individus et la durée du stress. C'est ainsi qu'à un taux de cortisol élevé correspond de mauvais mécanismes de défense, de faibles performances accompagnées de symptômes psychosomatiques (cardio vasculaires) et de dépression.

b) Le professeur Laborit à partir d'un certain nombre de travaux antérieurs (Anokhin par exemple), et de longues recherches personnelles, développe un modèle global d'inhibition de l'action avec des processus neurophysiologiques mettant en jeu deux systèmes : un système activateur de comportement, et un système inhibiteur de comportement. L'approche du professeur Laborit est analogue à une cybernétique du corps humain : lui-même

7. Villemain, F., Stress et Immunologie, PUF, Paris 1989.

reconnaît que dans la rédaction de son ouvrage il a eu le « désir de montrer l'existence de relations en chaînes ininterrompues entre les molécules organiques et les sociétés humaines »[8]. Toute action dans différentes conditions, n'aboutit pas à une gratification; cette inhibition de l'action est source d'angoisse à l'origine de nombreuses maladies somatiques. Laborit avait développé dans les années 50 l'hypothèse que la pathologie pouvait résulter de la mise en jeu d'un système de défense de la vie, permettant l'autonomie motrice, la fuite ou la lutte; or ce système semblait devenu inadapté aux circonstances de la vie moderne. Le patron, le supérieur hiérarchique, les proches de la famille nucléaire, etc., ne peuvent être fuis ou combattus. Les désordres physiologiques étant alors attribués à cette réaction devenue sans objet. Il semble que le professeur Laborit revienne aujourd'hui (en 1979) sur cette opinion; ce n'est pas cette réaction de fuite ou de lutte, dit-il, qui est à l'origine de la pathologie réactionnelle chronique, mais une autre réaction, celle commandant *l'inhibition de l'action* quand l'action s'avère impossible. Cette réaction est un moindre mal puisqu'elle évite la destruction pure et simple de l'agressé. En bref, en dehors du programme biologique permettant la réaction organique aux agressions aigües, réaction assurant l'autonomie motrice, existe un autre programme celui de l'inhibition de l'action et la réaction qu'il commande, qui, lui aussi, est susceptible « de dominer toute la pathologie, infectieuse, tumorale et mentale ».

3) Tous les modèles psychosociaux du stress ont trait aux changements de vie et aux maladies induites par ceux-ci. Que ce soit Rahe, Dohrenwend ou d'autres chercheurs, ils font tous référence aux différents éléments intervenant dans le mécanisme de la maladie, à savoir intensité, durée et répétition des stimuli psychosociaux

8. Laborit, H. L'inhibition de l'action, biologie comportementale et physiopathologie, Masson, Ed. Paris, p. 166, 293, 1986.

(cf. échelle de Rahe) ou à des événements récents de vie et de la situation sociale en cours, antérieure à l'événement mais pouvant avoir des conséquences (qualité de l'environnement du travail, existence d'un réseau de soutien, etc.). A ces variables de l'environnement social on ajoute les caractéristiques personnelles : structure de la personnalité et la prédisposition de l'organisme. Les Dohrenwend (B.S. et B.P.) proposent plusieurs types de modèles pathogéniques qui incluent 3 éléments : les événements récents de vie, la situation sociale en cours, et les caractéristiques personnelles (phylogénétiques, situations de l'enfance et vie psychoaffective de l'enfance jusqu'à l'âge actuel). Le but de tous ces chercheurs étant de trouver pour chaque cas la valeur prédictive des variables en vue d'agir préventivement ou par voie de thérapie. Un nouveau modèle, celui de Engel datant de 1977, semble faire la synthèse de tous les modèles précédents : le modèle bio-psycho-social ou modèle BPS. Ce modèle est applicable à toutes les formes de psychologie et le schéma physiologique auquel il se réfère est celui de la réponse endocrinienne et psychosociale du stress. Ces trois paramètres : biologique, psychologique et social, sont insérés dans le temps, actuel, réel et passé, pour constituer une grille de diagnostic permettant au clinicien une approche systématique de la maladie en s'appuyant sur le modèle classique médical de diagnostic.

Les facteurs émotionnels et l'environnement social influençant toute maladie, on peut dire en suivant le Dr Alexander que toute maladie est psychosomatique puisque « les facteurs émotionnels influencent tous les processus physiologiques par l'intermédiaire des voies nerveuses et humorales ». C'est ainsi qu'en partant d'une autre approche méthodologique, à savoir psychosomatique, F. Alexander[9] avec 40 ans d'avance sur les modèles

9. Alexander F., La médecine psycho-somatique, PbP, Paris, p; 40, 1977.

précités aboutit à une classification de facteurs qui pourraient avoir une importance étiologique dans les maladies, la maladie étant une fonction des facteurs cités ci-après :

a) constitution héréditaire, b) traumatisme obstétrical, c) maladies organiques de l'enfance qui augmentent la vulnérabilité de certains organes, d) soins reçus dans l'enfance (mode de sevrage, éducation à la propreté, conditions matérielles et psychologiques du sommeil, e) expériences accidentelles d'ordre physique ou traumatisantes de l'enfance, f) expériences accidentelles d'ordre affectif de l'enfance, g) climat affectif du milieu familial et traits personnels spécifiques de parents et des collatéraux, h) traumatismes physiques ultérieurs, i) expériences affectives ultérieures dans les relations interpersonnelles et dans les relations professionnelles.

F. Alexander insiste sur la précision à apporter dans les descriptions psychologiques des malades et il ajoute « la description, même détaillée, de l'activité cardiaque d'un malade sans que soit tenu compte de ses états émotionnels et de ses pensées est sans valeur ». C'est à un tel travail que s'est attelé l'Institut Psychosomatique de Paris dans les années cinquante; cet Institut fondé par le Dr Pierre Marty entouré de Michel Fain, M. de M'Uzan, R. Debray, L. Kreisler, etc. a élaboré une approche originale psychosomatique à toutes les maladies organiques fondées sur un incessant va-et-vient entre observations et pratique psychanalytique.

C) *Psychanalyse et psychosomatique.* — L'approche psychosomatique développée par Pierre Marty et alii, contient la psychanalyse dont elle est issue et englobe les connaissances de la médecine, de la physiologie et de la biologie. Fidèle au principe évolutionniste d'organisation et de développement individuel, Pierre Marty dans son ouvrage sur « les mouvements individuels de vie et de mort » met avant tout l'accent sur la notion d'économie psychosomatique contenant et dépassant tout à la fois la

dualité freudienne des pulsions de vie et de mort pour atteindre au niveau des régulations biologiques de la personnalité génétique. Rappelons que la notion d'économie est liée à l'existence d'un appareil psychique dont la fonction est de maintenir au niveau le plus bas possible l'énergie qui y circule; donc les excitations d'origine externe (sensorielles,...) ou d'origine interne (pulsionnelles,...) impliquent tout un jeu d'investissement de l'énergie, de désinvestissement, de contre-investissement et de surinvestissement.

Toute l'approche clinique et théorique repose sur le problème d'organisation, de désorganisation et de réorganisation des diverses formes de personnalités ou structures psychiques. Chaque individu se constitue à la fois selon les programmes évolutifs·généraux de son origine ethnique et de sa culture, et selon les programmes de la génétique, de l'embryologie et du développement psychique. A cet égard ce qui est important, c'est « la pointe évolutive mentale » puisque tout mouvement de désorganisation atteindra toujours en premier les structures les plus évoluées, c'est-à-dire les plus récemment acquises; par conséquent pouvoir apprécier ce qui se passe sur la scène mentale est d'importance primordiale. Le dispositif essentiel de cette structuration mentale réside dans le fonctionnement du *préconscient*, qui est dans la première topique freudienne le lieu des représentations mentales (inconscient, *préconscient*, conscient). Pierre Marty estime la qualité d'un fonctionnement préconscient à partir de 3 dimensions : 1) son épaisseur, déterminée par la quantité de couches successives de représentations acquises pendant le développement des individus, à savoir toutes les liaisons intersensoriomotrices, interperceptives, interverbales, et sensorio-motricoperceptivo-verbales, liaisons accompagnées d'affects émotionnels, donc représentations et affects; 2) sa fluidité qui est relative à la circulation interne entre les différentes couches

de représentations, fluidité nécessaire à l'homéostase; 3) sa « disponibilité spontanée dans le temps », relative à une circulation se faisant ou ne se faisant pas entre les couches de représentations. Lorsque ces 3 qualités du préconscient se retrouvent, on est en présence d'une *bonne mentalisation*. Lorsqu'on doute, la mentalisation est incertaine, et lorsqu'une ou plusieurs de ces dimensions manquent, la mentalisation est dite mauvaise. Pour compléter cette approche de structuration mentale, Pierre Marty a constitué une classification psychosomatique comprenant des « particularités habituelles majeures » réunissant des données symtomatiques plus ou moins immédiates (angoisses, traits de caractère allergiques, phobique d'objet, etc..), des données concernant le fonctionnement mental et le mode de vie habituels, des données anamnestiques (deuils anciens non élaborés, problème d'identité, etc.) et des caractéristiques culturelles majeures (conversion hystérique, dépression essentielle, dépression subaigüe, désorganisation progressive, difficultés sexuelles, toxicomanies récentes, limitations récentes, accidentelles ou non des activités corporelles, etc.).

La clinique psychosomatique depuis les années cinquante à nos jours a constaté que les maladies graves, par exemple : recto-colite hémorragiques, Cröhn, polyarthrites chroniques évolutives, lupus érythémateux disséminés, aplasies médullulaires, cancers, etc., apparaissent souvent après une succession d'autres maladies, ou survenant chez des sujets ayant présenté dans leur vie, à plusieurs reprises, des rafales de maladies de divers ordres à l'occasion de dépressions. Ces constatations confirment l'insuffisance ou la fragilité de certaines organisations du préconscient. « Les désorganisations somatiques suivent, dans la règle, les désorganisations de l'appareil mental ». Il faut signaler, avec beaucoup de précaution, que l'association « dépression de l'enfance » et « dépressions

actuelles », ayant précédé la maladie, se retrouve dans nombre de maladies graves[10].

L'approche de Pierre Marty et alii, est un dépassement et une synthèse de la dichotomie psyché/soma que notre civilisation occidentale a séparé l'un de l'autre il y a un peu plus de 2.000 ans. Le modèle semble comprendre les approches précédentes bio-psycho-social, en mettant en valeur la diversité des fonctionnements mentaux, en révélant l'économie psychique sous-jacente, et par conséquent en signalant les sujets dont les structures sont à haut risque dans leur constellation familiale et sociale en les insérant profondément dans le temps. Tous les modèles précédemment développés se réfèrent toujours à un individu standard anonyme intemporel, à l'exception du modèle de Engel qui introduit une différentiation temporelle.

Cette approche constate ainsi qu'un individu, ayant un certain fonctionnement mental, subit des stress ou traumas psychiques internes au cours de tout le processus de maturation individuelle : à savoir dans l'enfance et au cours de l'adolescence. Toute l'organisation individuelle peut se trouver bouleversée au cours des avatars historiques avec des conséquences sur l'organisation des grandes fonctions somatiques.

3. **Les maladies du stress dues aux événements exceptionnels et fléaux des temps modernes et à la vie dans les milieux extrêmes.** — De nombreuses manifestations pathologiques d'origine traumatique se retrouvent à l'occasion d'événements exceptionnels, de fléaux et de conditions de vie dans des milieux extrêmes. Il s'agit soit de vécus individuels soit de populations entières soumises à un destin commun; le stress induit est de nature

10. Dr Marty Pierre, « Exposé aux Jornadas de Psicosomatica », Barcelone Juin, 1985

traumatique et les maladies sont des manifestations post-traumatiques. Le choc émotionnel est si grand que toute la structure psychique du ou des sujets est bouleversée, entrainant, comme on l'a vu ci-dessus, des régressions ou un début de désorganisation mentale accompagnée de somatisations.

Le prototype classique en est la guerre, on doit y ajouter accidents de chemin de fer, naufrages, incendies, tremblements de terre, éruptions volcaniques, inondations, accidents de centrales nucléaires (Tchernobyl, Three Miles Islands). De nombreux auteurs ont décrit les réactions psychologiques à ces chocs en signalant un délai entre l'événement et l'apparition des pathologies psychiques somatiques. Ils s'accordent tous sur la séquence suivante : une phase d'impact avec choc, sidération; une phase d'inhibition, de déni; une phase d'intrusions répétitives; une phase de récupération progressive; une phase d'acceptation et de début d'intégration de l'événement traumatique avec quelques résidus amnésiques[11]. Le stress de guerre est habituellement suivi de névroses traumatiques longuement étudiées depuis plus de 80 ans et soignées avec un certain succès (nombreuses méthodes développées par les américains pendant la guerre du Vietnam). Le temps de latence peut aller jusqu'à 2 ans. Comme dans les manifestations habituelles du stress on retrouve le cortège de symptômes tels que : angoisses, dépressions, troubles du sommeil, avec recours à des remèdes tels que cigarettes, alcool, usage de la drogue, etc. accompagnés de somatisation de certaines fonctions : digestives, cardio-vasculaires, migraines, céphalées, allergies, etc. Parmi les événements exceptionnels on range le traumatisme du viol, le syndrome du prisonnier de guerre, des camps de concentration, des otages (Liban, détournement d'avions, etc.) avec dans le cas par-

11. Cité par J. Rivolier in « l'homme stressé », cf. bibliographie.

ticulier des otages retenus pour une courte durée, apparition du syndrome dit de Stockholm, à savoir des manifestations affectives de sympathie des otages envers leurs ravisseurs.

La vie dans les milieux extrêmes et la vie aux limites extrêmes des possibilités humaines mettent à rude épreuve les structures psychiques des individus, et, à terme peuvent remettre en question l'ensemble des mécanismes de défense psychiques et biologiques. Les milieux extrêmes, espace, hivernage dans les stations polaires, profondeurs marines, n'ont en vérité fait l'objet que d'études physiologiques plus que psychologiques. Dans le cas où il y a eu des études psychologiques, elles sont de nature comportementale et non pas formulées en termes de fonctionnement mental et psychique. Il n'y a pas à l'heure actuelle, à moins que des raisons d'ordre militaire soient en cause, ni de véritables diagnostics ni d'entrainement psychique des cosmonautes, sous-mariniers, etc. « On est obligé de supposer, bien qu'elles soient rarement rapportées (pudeur, défense professionnelle, esprit de corps) que des difficultés relationnelles existent au sein des équipages », comme le dit le Dr Jean Rivolier à propos de la mission Salyut. Les limites extrêmes de résistance du corps sont testées et vécues par les sportifs de haute compétition. L'ensemble des symptômes décrits, des listes souvent fort longues, ne nous éclairent pas, encore une fois, sur la dynamique interne reliée à l'histoire personnelle des individus. Les somatisations, par exemple Noah, sont bien connues, entorses, tendinites, etc., mais pourquoi ces somatisations et de quelle façon les relier à leurs organisations mentales ? Enfin, avec les maladies terminales (certains cancers, SIDA...) on se trouve aux limites des résistances physiques et mentales des êtres humains dont les comportements ont été étudiés. On retrouve chez tous les sujets la phase de choc et de déni, la phase de colère et de ressentiment vis-à-vis de ceux qui

vont rester en vie, la phase de dépression conduisant à un état de résignation et d'acceptation.

Les relations stress-maladie sont complexes, le temps de latence entre le début du stress et l'apparition des symptômes peut être relativement long; aux approches unidimensionnelles organiques ont succédé des approches multidimensionnelles qui sont encore loin d'être partagées par les praticiens. L'approche de l'Institut Psychosomatique en terme d'organisation et de désorganisation mentales est pleine de promesses.

CHAPITRE V

# PRÉVENTION ET THÉRAPIE DU STRESS

Dans toutes les démarches de prévention et de thérapies du stress, nous sommes frappés par l'approche volontariste des médecins, thérapeutes et, alii, traitant du sujet. L'homme, quel qu'il soit, est envisagé comme une sorte de machine biologique, qui, en cas d'usure, c'est-à-dire d'épuisement émotionnel et somatique, doit pouvoir, par une *démarche volontaire*, reconstituer ses forces et reprendre rapidement son travail. Il est vrai qu'il s'agit plus de travaux scientifiques anglo-saxons qu'européens, mais la psychologie du comportement inspirant toutes ces recherches semble subir une déformation sous l'influence d'une société industrielle où machines et robots électroniques fournissent quotidiennement la preuve d'un fonctionnement opératoire : en cas d'usure on change une pièce...

Nous devons distinguer deux niveaux d'analyse des conséquences du stress sur la santé des individus : un niveau sociologique d'étude des comportements globaux d'individus stressés, et un niveau psychologique et biologique de réactions individuelles en fonction du passé génétique et des processus de maturation psychique. La plupart du temps les études restent limitées au premier niveau, mais par delà le global, par un artifice sémantique, on s'adresse à l'individu.

## I. — Les recettes traditionnelles et modernes de prévention du stress

Les symptômes du stress sont perceptibles individuellement : angoisse, dépression, tension nerveuse, insomnie, troubles de la sexualité, baisse de tonus, fatigue, baisse de l'attention et de la vigilance, mémoire, troubles somatiques fonctionnels et organiques divers : digestion cardio-vasculaire, migraines, colites, asthme, etc. Tout un chacun, consciemment ou inconsciemment, ressent les modifications corporelles et psychiques induites par le stress. Depuis toujours l'humanité a eu recours à des recettes pour continuer à faire face à la vie quotidienne; dans les temps modernes, les progrès de la pharmacologie ont largement contribué à fournir de nouvelles recettes. Ce qui est frappant, à cet égard, c'est l'investissement considérable de la fonction orale pour faire face au stress. Une régression psychique s'instaure, facilitant aux êtres humains souffrants, un retour à la bienheureuse période d'alimentation maternelle.

1. **Les recettes traditionnelles.** — Le recours à l'alcool qui procure, de retour du travail, détente et légère excitation, peut en cas d'excès provoquer et renforcer les troubles du sommeil et aggraver la dépression latente. Le tabac (la nicotine), en stimulant la production d'adrénaline, diminue l'angoisse, accroît l'éveil et procure une sensation d'énergie; à long terme toutes les études confirment que l'usage prolongé entraine des troubles cardiaques, respiratoires et certaines formes de cancer. Lait, chocolat, café et infusions font aussi partie des remèdes traditionnels : le lait, remède contre l'insomnie, contient un acide animé, le L-tryptophane que l'organisme utilise pour produire des substances régulatrices du sommeil. Les chercheurs ne croient pas que cette substance facilite le sommeil; nous devons à nouveau revenir sur les relations complexes corps-fonctionnement psy-

chique, qui sont scotomisées par les chercheurs. La substance L-tryptophane peut ne pas avoir d'effet, mais le lait chaud pris à certaines heures peut réactiver l'ensemble des relations psycho-émotionnelles inconscientes mère-enfant de l'histoire individuelle et faciliter le sommeil. Le stress entrainant des pertes d'énergie dans la journée, le sucre du chocolat peut provoquer une sensation provisoire d'énergie suivie par le contre-coup de l'insuline accroissant l'irritabilité et la fatigue; de même la caféine renfermée dans le café améliore l'éveil et renforce la concentration, mais son accoutumance pousse à augmenter sa consommation avec des conséquences se traduisant par des troubles du rythme cardiaque, des maux de tête, de la tension musculaire, de l'irritabilité et de l'insomnie. Les infusions, prises comme substitut du café ou du thé, peuvent provoquer des réactions allergiques imprévisibles; certaines plantes sont des drogues puissantes ! Toutes ces mises en garde ne peuvent avoir en réalité d'effet que sur les personnes ayant eu une éducation très rigoureuse dans leur famille; la mise en garde réactive les conditionnements de l'éducation parentale destinés à protéger ou à transmettre des valeurs culturelles, des interdits sociaux, des préjugés, etc. Il est tout à fait évident pour toutes ces recettes anti-stress qu'elles ne peuvent avoir d'effet que sur certains types de fonctionnement psychique; dans tous les autres cas le plaisir de la satisfaction orale prédominera, et quels que soient les risques somatiques les personnes transgresseront allègrement les interdictions et autres recommandations.

2. **Les recettes modernes.** — Les recettes modernes anti-stress[1] auxquelles ont surtout recours les habitants des sociétés industrielles évoluées sont bien connues : vitamines dites anti-stress, somnifères, tranquilisants. Les

1. « Vaincre le stress en toutes circonstances », Edition Time-Life, Amsterdam, 1988. Ouvrage passant en revue de nombreuses méthodes anti-stress (vulgarisation)

vitamines C et B sont nécessaires pendant le stress physique — opération, blessures, grossesse, efforts violents, performances de longue durée, etc. —, mais elles sont inefficaces au niveau psychologique; elles ne peuvent « guérir » des crises d'angoisse ou de dépression; par ailleurs l'accent mis par le conditionnement publicitaire sur les vitamines risque de pousser les individus à des comportements robotisés. Prendre une pilule, comme mettre de l'huile dans le moteur de sa voiture, est une représentation mentale associative dangereuse pour la santé. Dans de nombreuses enquêtes sur le stress, on constate un accroissement constant de la prise de somnifères et de tranquillisants à l'échelle des pays de la planète; on ne peut s'empêcher de comparer ces médicaments aux drogues douces et dures et à la dépendance qu'elles provoquent chez les êtres humains. Les somnifères donnent une sensation de détente, et agissent sur le cerveau pour induire un sommeil naturel, avec le risque progressif de perturbation des cycles du sommeil, de somnolence diurne et de baisse de performance. Les tranquillisants procurent, tout comme les somnifères, une sensation de détente, favorisent le sommeil et ont une action relaxante sur la respiration et le système nerveux. A haute dose, associés à l'alcool et pris sur de longues périodes, ils peuvent induire une dépendance, provoquer de la fatigue et aggraver les dépressions existantes. Plus de vingt-cinq millions de boîtes d'antidépresseurs et soixante quinze millions de boîtes de tranquillisants sont vendus annuellement en France, la plaçant ainsi en tête de la consommation européenne avec la République Fédérale d'Allemagne. Plus de onze millions de personnes en France (angoisse et dépression) ne pouvant plus faire face au stress quotidien ont recours à toutes ces pilules qui procurent la « tranquillité ». Cela nous renvoit au coût humain de l'efficacité des sociétés industrielles performantes, et à la solitude de l'homme et des familles

vivant dans ces sociétés où l'absence de valeurs de rattachement (religion, culture, etc.) à une communauté les prive de tout rempart social et psychologique. Ce vide social et culturel est rempli en dehors des remèdes traditionnels et modernes contre les stress, par des professions magiques : astrologues, herboristes, médecines douces, etc.

Tous ces remèdes traditionnels et modernes relèvent de l'auto-médication individuelle (une fois somnifères et tranquillisants administrés par le médecin, l'individu prend la relève), et constituent la première ligne de défense anti-stress des personnes. Qu'en est-il lorsque le diagnostic est plus grave ? Lorsque la volonté est défaillante, lorsque l'individu frappé par l'horreur de son impuissance, blessé dans son amour propre, éprouve des sentiments de honte de ce qu'il croît être une impuissance, il est alors temps de faire appel aux professionnels de la médecine et de la psychothérapie. Nous avons développé dans le chapitre III un modèle des mécanismes de régulation psychique par le MOI de la vie psychoaffective individuelle; lorsque le niveau 2 est atteint, il faut recourir au docteur. Le manuel de diagnostic des troubles mentaux américain intitulé DMS III précise, lui aussi, les signes de troubles pour lesquels en cas de manifestation, la consultation est immédiate : trouble de l'humeur, perte d'intérêt ou de plaisir dans toutes les activités et passe-temps habituels. Si à ces troubles on ajoute quatre au moins des symptômes suivants d'une durée égale ou supérieure à deux semaines, on peut faire le diagnostic d'une dépression majeure : a) perte d'appétit ou perte de poids significative alors que la personne ne suit pas un régime, boulimie ou accroissement de poids significatif; b) insomnie ou hypersomnie; c) hyperactivité ou apathie; d) perte d'intérêt ou de plaisir dans les activités habituelles ou disparition de la libido; e) perte d'énergie, fatigue; f) sentiments d'inutilité ou sentiment de reproche ou de culpabilité

excessive; g) plaintes excessives, capacités de pensée ou de se concentrer diminuées; h) pensées fréquentes de mort ou de suicide, tentatives de suicide. Il faut signaler en dernier lieu un symptôme mis en valeur par l'Institut Psychosomatique de Paris (Dr Pierre Marty), qui, dès qu'il sera décelé, commande la mise en œuvre urgente d'une prise en charge psychothérapique spécialisée : il s'agit de la dépression essentielle. La dépression est dite essentielle parce qu'il s'agit d'un état où l'aspect à proprement parler dépressif, lié à la reconnaissance du manque et à la souffrance qu'il entraine, n'est nullement perçu par le sujet qui le vit. Le sujet reste engagé dans ses activités professionnelles et relationnelles, ne se plaint de rien, mais son entourage perçoit un comportement mécanique et dévitalisé qui provoque de l'inquiétude. Cette dépression essentielle est le signe annonciateur d'un mouvement de désorganisation psychique pouvant conduire à des troubles somatiques. Il est important de l'enrayer ou d'en limiter l'ampleur.

## II. — Les mesures de prévention organisationnelles du stress : les instruments de mesure du stress

L'administration de questionnaires d'enquête à période régulière par la direction des entreprises et/ou organisation est un moyen sûr de diagnostic et de prévention du stress professionnel. Nous disposons à l'heure actuelle d'instruments couramment utilisés.

1. **« L'enquête/diagnostic du stress » ou « Stress Diagnostic Survey » (SDS).** — Ivancevich et Mattenson de l'Université de Houston ont créé ce type d'enquête par questionnaire. Il a pour objectif de mesurer les perceptions du stress par le personnel de l'entreprise dans une quinzaine de secteurs de l'entreprise incluant la relation au temps (pression), la carrière, la charge de travail,

l'ambiguité du rôle et le système de récompense/punitions. Ce questionnaire d'environ 60 items insiste sur les sources du stress prenant leur origine au niveau macro-et-micro-organisationnel. Au niveau global (macro) on prend en considération : la politique générale de l'entreprise et son influence sur les décisions, le développement des ressources humaines et le stress créé par l'absence de formation, l'inexistence de possibilité de carrière; la participation (l'organisation ne perçoit pas les frustrations de ses employés car elle semble ignorer leur contribution au développement); le style de contrôle des tâches mettant en cause la qualité humaine relationnelle dans le contrôle. Au niveau micro, l'ambiguité du rôle (le personnel ne sait pas clairement ce qu'on attend de lui), le conflit de rôle (l'individu est confronté à des demandes contradictoires de la part de ses supérieurs) et la surcharge de travail sont des exemples de sources potentielles (cf. chapitre sur le stress professionnel). Un grand avantage du SDS est qu'il identifie les secteurs de l'entreprise où le risque de stress est élevé, mais ne fournit pas une mesure globale du stress.

2. **L'audit du stress.** — C'est un instrument composé de 238 items qui par le biais d'échantillon, mesure l'importance (magnitude) et les types de stress organisationnel en évaluant la vulnérabilité relative au stress. Le questionnaire est divisé en 14 échelles et décrit 3 aspects du stress : les situations, les symptômes et la vulnérabilité. Un grand inconvénient de l'utilisation de ce questionnaire par une entreprise réside dans le fait qu'une seule échelle sur quatorze décrit les sources reliées directement au travail. Ce questionnaire a été élaboré par une société privée de Boston (Mass.).

3. **Le Système d'Analyse du Stress (SAS).** — Elaboré par un laboratoire de recherche de San Francisco, cet instrument comporte un système de 114 items qui comprend

à la fois une évaluation de six sources de stress (stress occupationnel, stress inter-personnel et comportement de type « *A* »; une exploration des différents facteurs sous-jacents à ces six sources de stress, et enfin une identification des différentes solutions facilitant la diminution ou la suppression du stress. Ce questionnaire permet une bonne identification des secteurs-cibles du stress.

4. **« L'inventaire des états d'angoisse » (STAI).** — Spielberger, Gorsuch et Lushene de Palo Alto, Californie, ont créé ce questionnaire original destiné à faire l'inventaire des états d'angoisse individuelle en différenciant le trait d'anxiété, comme caractéristique de l'individu, de l'état d'anxiété, comme expérience émotionnelle transitoire. Le STAI comprend deux ensembles de 20 questions sous forme de déclaration par exemple pour l'état d'anxiété : « je me sens calme », « je suis ennuyé », « je suis à bout », etc. ou bien « je ne suis pas content de moi-même », « je manque de confiance en moi »... pour décrire le trait d'angoisse.

5. **« LES « U et H ».** — « le LES » est le questionnaire bien connu développé en 1967 dans le « Journal de Recherche Psychosomatique » par T.H. Holmes et R.H. Rahe[2]; il s'agit par l'intermédiaire d'un questionnaire répertoriant 43 événements majeurs de la vie individuelle tels que divorce, mort d'un proche, ou perte d'emploi, etc. d'évaluer les effets à long terme du stress; seuls sept items de cette échelle sont relatifs au travail professionnel. « U et H » sont aussi une échelle des événements de la vie quotidienne mais, au contraire de l'instrument décrit précédemment, prend en considération les « hauts et les bas » de cette vie en lui donnant une pondération plus grande que les événements majeurs. Les difficultés quotidiennes et les satisfactions sont répertoriées dans

2. Cf. chapitre I, p. 29.

une longue liste (respectivement 117 et 136 items) dont certains sont reliés au travail professionnel. Cette approche a été développée par les Drs Lazarus et Launier dans le « Journal of Behavioral Medecine » (1982, 4, 25-26).

6. « **L'évaluation du stress d'ADAM** ». — Développé par des chercheurs de l'Université de San Diego, ce questionnaire, qui n'a pas encore été complètement testé, fait une distinction entre le stress chronique et le stress épisodique, et entre le stress relié au travail et celui qui n'est pas relié au travail; le tout aboutissant à 4 résultats différents pour chacune des questions.

7. « **Les échelles de diagnostic** ». — L'échelle « 90-R» développée par Léonard R. Derogatis de Baltimore est un inventaire personnel multidimensionnel de 90 items qui mesure les symptômes de détresse psychologique. Ce test fournit trois mesures globales des symptômes de détresse; il n'est pas spécifiquement relié au travail professionnel et il est préférable de le considérer comme un test de personnalité.

Le Centre de Recherche de l'Université de Michigan (French et Kahn) a depuis 1962 développé des tests faciles à administrer, interpréter et incorporer dans une méthodologie plus globale de diagnostic du stress. Il s'agit d'une approche purement subjective dont les propriétés psychométriques varient selon l'échantillon. Les principales variables comprennent l'étude de l'ambiguité de rôle (cf. chapitre sur French et Kahn), la charge de travail, le conflit de rôle, la responsabilité d'équipes, la participation à la décision et les interrelations de groupe. Les personnes interviewées indiquent sur une échelle de 5 points quels sont, à leur avis, les items qui contribuent en plus ou en moins au stress.

Le MBI » (Maslach Burnout Inventory) du Professeur Maslach de Palo Alto développe un questionnaire centré

sur la nouvelle approche d'un phénomène limite du stress : le « burnout » ou « usure ». Ce questionnaire de 22 itemps évalue l'épuisement émotionnel, les phénomènes de dépersonnalisation, et l'absence de réalisation personnelle dans le cadre de son travail. Ce test mesure la fréquence et l'intensité des variables; il est surtout utilisé pour mesurer et prévenir le phénomène de « burnout » de groupes professionnels tels qu'infirmières, instituteurs, etc.

Le « BAP » est un instrument qui évalue le comportement de type A (test de 22 items) en décrivant le comportement caractéristique de l'individu dans un certain nombre de situations. Cet instrument possède une version individuelle et une version destinée à évaluer le climat organisationnel d'une entreprise susceptible de provoquer ou d'activer un comportement de type A.

Le « JAS » ou « Etude d'activité de Jenkins » est très célèbre dans la mesure où il est un des instruments les plus utilisés à l'heure actuelle. Ce test peut être incorporé au test de « CROWN-CRISP » qui fournit des mesures de la dépression, de l'anxiété et des troubles somatiques; il peut aussi être intégré dans un questionnaire plus global, tels ceux décrits précédemment relatifs au stress organisationnel[3]. Le « Crown Crisp Experiential Index » est fréquemment utilisé dans les hôpitaux britanniques et peut fournir des indications plus complètes sur les troubles névrotiques grâce à un questionnaire de 48 items.

Cette liste non-exhaustive de méthodes de mesure et d'évaluation du stress organisationnel et individuel peut être utilisée par les responsables d'entreprises et/ou d'organisations pour diagnostiquer et prévenir le stress[4]. Il leur appartient de choisir les méthodes les plus effi-

3. Nous l'avons nous-mêmes reprise dans notre étude sur le stress des cadres et dirigeants en France en 1985.

4. Mattenson, M., Ivancevich, J.M., Controlling Work Stress, Jossey-Bass Inc., Publishers, San Francisco.

caces et les plus adéquates en fonction de leur environnement spécifique, car les décideurs de ces organisations détiennent les clés de la bonne santé des ressources humaines de leurs organisations; cet aspect du problème a été longtemps passé sous silence.

### III. — Les thérapies et méthodes dé lutte contre le stress

Des années trente à nos jours, les médecins et psychothérapeutes ont développé de nombreuses méthodes de lutte contre le stress. Ces méthodes, quelle que soit leur diversité, ont toutes pour objectifs une action de diminution progressive des tensions psychiques et musculaires, et une baisse des excitations sensorielles (auditives, visuelles, etc.), avec d'importantes conséquences de relaxation sur la plupart des fonctions vitales. Les résultats attendus sont la « maitrise du stress »; il semble, sans remettre en cause toutes ces méthodes que nous allons passer brièvement en revue, que cette approche, de type mécaniciste encore une fois, doit être critiquée.

Analysons par exemple cette déclaration : « on peut se sortir d'un traumatisme profond, le deuil d'un proche par exemple, en se concentrant sur son travail ou en s'engageant dans de nouvelles activités... ». Des centaines de pages sont consacrées à ce type d'énoncé; de nouvelles croyances se développent dans cette fin du XX[e] siècle où l'homme devient un robot capable de contrôler toutes ses fonctions. Reprenons cette citation; elle se réfère à un mécanisme économique délicat de la vie psychique, à savoir notre capacité de réinvestir notre énergie psychique, déjà investie dans une relation objectale (on se réfère à la perte d'une personne proche) vers des activités de nature différente, comme si, par un miracle de la volonté on pouvait dépasser un deuil de surcroit traumatique. Nous savons tous combien un deuil peut durer; que

dans certains cas il devient pathologique; que, par ailleurs ce deuil peut réactiver des problématiques plus anciennes, etc. Les individus ne sont pas tous égaux devant de tels traumatismes; ils sont limités dans leur capacité de maitrise de soi par leur propre fonctionnement mental et psychique, par leur histoire personnelle et leur environnement familial et socio-professionnel. Ceci étant, on ne doit pas nier que certaines méthodes ont une action de relaxation procurant des effets plus ou moins durables selon les personnes; ce sont :

— les exercices de relaxation corporelles : aérobic, stretching, postures de faible stress, etc. Ces exercices physiques abaissent le rythme cardiaque réduisent les risques d'hypertension, de tension musculaire, soulagent certaines douleurs musculaires, des douleurs dorsales avec des conséquences psychiques notables : réduction temporaire de l'angoisse, de la dépression, etc. A ces exercices corporels prenant naissance en Occident, on ajoute des exercices d'Extrême-Orient, le TAI CHI, accompagné de mouvements rappelant ceux de la danse, et procurant une sensation de calme (faisant travailler toutes les parties du corps); le Yoga, pratiqué depuis plus longtemps, permet d'abaisser le rythme cardiaque et le rythme respiratoire provoquant une sensation de profonde relaxation sans atteindre la somnolence ou le sommeil[5].

— Les méthodes de relaxation mentale : la méditation, effectuée dans un environnement protégeant de toute excitation sensorielle, accompagnée d'une respiration lente et rythmée, peut contribuer à réduire de nombreux symptômes (2 séances de 10 à 20 minutes par jour). L'évasion imaginaire ou imagerie mentale est une technique semblable à celle utilisée par les athlètes de haut niveau pour renforcer leurs performances. On s'imagine dans différents endroits ou situations agréables réactivant

5. Vaincre le stress en toutes circonstances, ouvrage précité.

ainsi par association d'idées de nombreuses représentations mentales susceptibles de favoriser la baisse de tension.

— Les méthodes utilisant des moyens techniques : 1) « la relaxation dans l'eau » se pratique dans un caisson spécial parfaitement isolé avec des effets spectaculaires; le danger est que, dans certains cas, cet isolement sensoriel peut provoquer de l'angoisse; 2) « le bio feed back » est une technique utilisant des appareils mesurant des fonctions telles que le pouls, la température de la peau et la tension musculaire. Les sujets peuvent apprendre à les contrôler en les observant sur un écran de visualisation; les chercheurs ne savent cependant pas comment fonctionne cette interrelation homme-machine ni son effet sur le rythme cardiaque, la tension artérielle et le psychisme.

— Les méthodes psychothérapiques : toutes les méthodes citées précédemment ont leur vertu et leur efficacité, mais agissent surtout pour entretenir un état de bonne santé chez des individus qui n'ont pas perdu pied, qui peuvent encore *faire face* et permettent donc d'accroître leur résistance. Mais lorsque les résistances psychiques individuelles ne permettent plus d'affronter les difficultés quotidiennes, lorsque anxiété, dépression s'installent et que certains troubles somatiques apparaissent, il est important de recourir aux médecins, psychiatres, psychanalystes, psychothérapeutes et psychosomaticiens.

## IV. — Prévention et thérapie du stress dans les entreprises

Rares sont à l'heure actuelle les entreprises européennes ayant un programme de prévention du stress; les dirigeants d'entreprise continuent de penser que la mise en œuvre de programme antistress ne font pas partie de leurs responsabilités. Ils ont à l'égard du stress la même attitude qu'à l'égard de la pollution de l'environnement

jusqu'à l'apparition de mouvements écologiques et de lois réglementant la protection des ressources naturelles. Pour eux la santé des individus au travail relève de la responsabilité individuelle et de celle des Pouvoirs Publics. Or l'exemple donné par les Etats-Unis, le Canada, la Grande Bretagne, la Suède, etc. montre, 1) que la mise en œuvre de tels programmes par les entreprises s'est traduite par de réelles économies, 2) que les 100.000 recherches en matière de stress confirment que certains fonctionnements organisationnels sont sources de stress pour les employés, cadres, techniciens et dirigeants des organisations. La « New York Telephone Company » a fait 2,7 millions de dollars d'économies grâce à un programme portant uniquement sur les troubles cardio-vasculaires de ses employés; réduction de l'absentéisme, diminution des coûts de santé; ...Le Programme « Restez en bonne santé » d'une grande entreprise électronique Nord-Américaine[6] illustrera dans le détail le type d'action à mener.

Il s'agit d'un programme en cinq parties : 1) arrêter de fumer; 2) contrôler son poids; 3) santé cardio-vasculaire; 4) management du stress organisationnel; 5) contrôle diététique : sucre, sel, cholestérol. Chaque individu parcourt trois étapes : 1) examen médical confidentiel accompagné de questions sur certaines habitudes alimentaires et de styles de vie : fumer, boire de l'alcool, etc.. 2) Chaque individu est reçu pour faire son bilan de santé et établir un plan de réduction des risques de santé. 3) En fonction de son profil de risque, chaque individu choisit un programme approprié. Le taux de participation aux programmes de réduction du stress est de 65 % à 95 % selon les filiales de cette entreprise. Les résultats sont significatifs : 1) les employés encouragés à abandonner de fumer ont passé moitié moins de jours à l'hôpital et ont eu 20 %

6. Programme « Staywell » de Control Data.

de coûts de santé inférieurs à ceux des fumeurs; 2) les employés ayant adopté un programme d'exercice physique ont passé moitié moins de jours à l'hôpital que les employés sédentaires; 3) il en a été de même pour ceux ayant adopté un programme de santé cardio-vasculaire. Au niveau individuel, comme on l'a vu précédemment, psychothérapies, techniques de relaxation, etc.: sont recommandées. Enfin, de tels programmes ne sont efficaces que si des actions sont menées au niveau de l'organisation; de telles actions sont délicates dans leur application et peuvent remettre fortement en question culture et identité de l'entreprise : 1) actions spécifiques sur le déroulement des carrières, 2) mise en place de programmes de formation, 3) changements de styles de leadership, 4) action sur les structures, 5) attention portée à l'environnement de travail, 6) écoute attentive des plaintes, 7) participation aux processus de décision, 7) redistribution du pouvoir et de l'autorité, 8) stratégie de communication interne, 9) replacer le management du stress organisationnel dans le cadre de la stratégie globale de l'entreprise[7].

7. Nous développons nous-mêmes avec le Pr Cooper un outil d'audit du stress, à paraître en 1992, dans les cahiers de recherche du groupe HEC.

## CONCLUSION

Le stress est un phénomène universel qui a pour spécificité de solliciter les dimensions psychologiques, somatiques, familiales et sociales des êtres humains. C'est une notion-carrefour des sciences physiques, biologiques et humaines qui a facilité au cours des 90 dernières années le rapprochement de ces sciences, souvent fort éloignées, et la fertilisation de champs nouveaux tels que la neuro-immunomodulation à l'interface de l'immunologie et de la neuropsychiatrie et/ou la psychosomatique d'inspiration psychanalytique, par exemple. Le stress a été jusqu'à présent un révélateur du malaise des sociétés industrielles évoluées où l'homme, privé de structures religieuses, familiales et sociales adéquates, réduit à ses ressources individuelles psychologiques et physiques, ne peut plus faire face de façon satisfaisante aux sollicitations de son environnement quotidien ainsi qu'à ses modifications. Il appartient au monde des entreprises et aux décideurs politiques et économiques nationaux et internationaux, de créer les conditions d'un nouvel environnement social et individuel propice à la sauvegarde de la vie dans ces sociétés. Si nous savons traiter le stress, il appartient aux sociétés de le prévenir, car nous avons le sentiment que les limites des mécanismes individuels psychiques et somatiques de réponse au stress sont d'ores et déjà atteintes.

En dernier lieu la notion de stress, en prenant en considération les relations complexes psyché-soma, permettra un renouvellement de la médecine et une nouvelle vision de l'homme dans l'univers du XXI^e^ siècle.

# BIBLIOGRAPHIE


Alexander F., *La médecine psychosomatique*, Paris, Payot, 1950.

Aubert N. et Pagès M., *Le stress professionnel*, Paris, Ed. Klincksieck, 1989.

Bugard P., *Stress, fatigue, dépression*, Paris, Ed. Doin, 1974.

Bensabat S., *Le stress*, Paris, Hachette, 1980.

Braunschweig D., Fain M., *La nuit, le jour, Essai psychanalytique sur le fonctionnement mental*, Paris, PUF, 1975.

Cannon W. B., Stresses and strains of homeostasis, *Amer. J. Med. Sc.*, 189, 1-14, 1935.

Chalvin D., *Faire face aux stress de la vie quotidienne*, Paris, Editions ESF, 1982.

Cooper C. L. and Payne R., *Stress at work*, John Wiley and Sons, New York, 1978.

Changeux J. P., *L'homme neuronal*, Paris, Fayard, 1983.

Debray, R., *L'équilibre psychosomatique*, Paris, Dunod,1983.

Dejours C., (sous la direction de), *Plaisir et souffrance dans le travail*, t. 1 et 2, Edition de l'AOCIP, France, 1988.

Dejours C., *Le corps entre biologie et psychanalyse*, Paris, Payot, 1986.

Engel G. L., Schmale A. H., Théorie psychanalytique du trouble psychosomatique, *Rev. Méd. Psychosom.*, 19, 197-216, 1968.

Fain M. et Dejours C., *Corps malade et corps érotique*, Paris, Masson, 1984.

Flander-Dunbar H., *Emotions and bodily changes*, New York, Columbia Univ. Press, 1938.

Friedman M., Ulmer D., *Treating type A behavior and your heart*, New York, Ballantine books,1984.

Karli P., *L'homme agressif*, Paris, Odile Jacob, 1987.

Kreisler L., *Le nouvel enfant du désordre psychosomatique*, Privat, Toulouse, 1987.

Kreisler L., *La psychosomatique de l'enfant*, Paris, PUF, coll. " Que Sais-Je ? ", 1989.

Laborit H., *L'inhibition de l'action*, Paris, Masson, 1979.

Lemaire J. G., *La relaxation*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1964.

Loo R., Loo H., *Le stress permanent*, Paris, Masson, 1986.

Marty P., *L'ordre psychosomatique*, Paris, Payot, 1980.

Marty P., Fain M., Muzan de M., David C., Le cas Dora et le point de vue psychosomatique, *Revue Française de Psychanalyse*, 32, 679-714, 1968.

Rivolier J., *L'homme stressé*, Paris, PUF,1989.

Toffler A., *Future schock*, New York, Random House, 1970, Trad. franç., Paris, Denoël, 1971.

Villemain F., *Stress et immunologie*, Paris, PUF coll. « Nodules », 1989.

Witkin-Lanoil G., *The female stress syndrome*, New York, Berkley Books, 1985.

Yerkes R. M., Dodson J. D., The relation of strength of stimulus to rapidity of habit-formation, *J. of Comparative neurology and psychology*, 18, 459-482, 1908.

# TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION ..... 3

CHAPITRE PREMIER. — **Les sources du stress** ..... 9

I. Le stress au travail, 11. — II. Le stress et l'organisation, 16. — III. Le stress et les changements de société, 25. — IV. Les facteurs individuels et sociaux de résistance au stress, 31.

CHAPITRE II. — **Stress et vie professionnelle** ..... 36

I. Le coût du stress, 36. — II. Le stress professionnel : recherches et résultats, 39. — III. Les femmes face au stress, 48. — IV. Méthodologie des études sur le stress professionnel, 56.

CHAPITRE III. — **Les réactions psycho-émotionnelles au stress : approches théoriques** ..... 63

I. Les réactions psycho-émotionnelles au stress et leur instance de régulation, 63. — II. Les différentes approches théoriques du stress, 73.

CHAPITRE IV. — **Biochimie et maladies du stress** ..... 91

I. Les mécanismes biologiques du stress, 92. — II. Les maladies du stress, 98.

CHAPITRE V. — **Prévention et thérapie du stress** ..... 111

I. Les recettes traditionnelles et modernes de prévention du stress, 112. — II. Les mesures de prévention organisationnelles du stress : les instruments de mesure du stress, 116. — III. Les thérapies et méthodes de lutte contre le stress, 121. — IV. Prévention et thérapie du stress dans les entreprises, 123.

CONCLUSION ..... 126

BIBLIOGRAPHIE ..... 127

مطبعة دحلب
IMPRIMERIE DAHLAB
108 Rue de TRIPOLI
Hussein-Dey - ALGER
☎: 77.72.27

# Que sais-je ?

## COLLECTION ENCYCLOPÉDIQUE

*fondée par Paul Angoulvent*

### *Derniers titres parus*

2709 **Le procès administratif**
P. FANACHI

2710 **La science et les sciences**
G.-G. GRANGER

2711 **La philosophie de Pascal**
J. BRUN

2712 **Histoire de l'individualisme**
A. LAURENT

2713 **La nouvelle macroéconomie classique**
H. LAMOTTE et J.-P. VINCENT

2714 **Les bibliothèques universitaires**
J.-P. CASSEYRE et C. GAILLARD

2715 **Les transmissions d'entreprises**
Y. CHAPUT

2716 **Histoire de la guerre sainte**
J.-G. RUELLAND

2717 **L'apprentissage de l'oral et de l'écrit**
A. GIROLAMI-BOULINIER

2718 **Le Code civil**
J.-M. POUGHON

2719 **Les télévisions en Europe**
H. MICHEL
et A.-L. ANGOULVENT

2720 **La sociologie du langage**
P. ACHARD

2721 **La pêche en France**
B. BRETON

2722 **La vulgarisation scientifique**
P. LASZLO

2723 **Les radiocommunications**
J.-P. MANGUIAN

2724 **Le management public**
V.-M. SANTO et P.-E. VERRIER

2725 **Solitudes et sociétés**
M. HANNOUN

2726 **L'Empire Disney**
R. LANQUAR

2727 **La scientométrie**
M. CALLON, J.-P. COURTIAL
et H. PENAN

2728 **La villégiature romaine**
J.-M. ANDRÉ

2729 **Les institutions sportives**
C. MIÈGE

2730 **Les textes du droit de l'espace**
P.-M. MARTIN

2731 **La sociolinguistique**
L.-J. CALVET

2732 **Pythagore et les pythagoriciens**
J.-F. MATTÉI

2733 **La défense internationale des droits de l'homme**
J.-L. MATHIEU

2734 **La République**
N. TENZER

2735 **L'accès à la justice**
A. RIALS

2736 **La Comédie-Française**
P. DEVAUX

2737 **La liberté**
R. QUILLIOT

2738 **La systémique sociale**
J.-C. LUGAN

2739 **Vocabulaire psychologique et psychiatrique**
M. GODFRYD

2740 **Médecine fœtale et diagnostic anténatal**
R. FRYDMAN, M. VIAL
et Y. VILLE